Dra. CHRISTIANE NORTHRUP

CUERPO DE MUJER SABIDURÍA DE MUJER

Una guía para la salud física y emocional

URANO

CHRISTIANE NORTHRUP

Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer

Una guía para la salud física y emocional

EDICIONES URANO
Argentina - Chile - Colombia - España
Estados Unidos - México - Venezuela

La autora expresa su agradecimiento por la autorización para citar las siguientes obras: fragmento de *Circle of Stohes: Woman's Joumey to Herself,* de Judith Duerk. Copyright © 1989 *by* LuraMedia; reproducido con autorización de LuraMedia, Inc., San Diego (California); fragmento de *Guided Meditations, Explorations and Healing,* de Stephen Levine. Copyright © 1991 *by* Stephen Levine; reproducido con autorización de Doubleday, división de Bantam Doubleday Dell Publishing Group, Inc.; fragmento de *Mothering Myself,* de Nancy M. Sheehan, M.Ed.; fragmento de *When Society Becomes an Addict,* de Anne Wilson Schaef. Copyright © 1987, Harper San Francisco.

Título original: *Women's Bodies, Women's Wisdom*
Editor original: Bantam Books, Nueva York
Traducción: Amelia Brito A.

Aribau, 142, pral. - 08036
Barcelona http:// www.edicionesurano.com/

ISBN: 84-7953-339-0
Depósito legal: B. 49.702-99

Fotocomposición: Ediciones Urano, S. A.
Impreso por Romanyà Valls, S. A. - Verdaguer, 1
08786 Capellades (Barcelona)

Impreso en España - *Printed irt Spain*

Este libro está dedicado a todas aquellas personas que creen que es posible vivir una vida plena, independientemente de nuestras circunstancias actuales o pasadas.

A todas aquellas que reconocen la diaria presencia en nuestra vida del misterio, la incertidumbre y la esperanza.

A aquellas que anhelan estar bien y saben que la curación es algo más que tomar medicamentos o aplicar técnicas externas.

Este libro es para todos los profesionales de la salud y los enfermos que reconocen sinceramente cuánto ignoramos.

Es para aquellas personas que saben que nuestra curación no será completa mientras no recuperemos lo sagrado en nuestra vida cotidiana.

Este libro está dedicado con gratitud a los científicos y sanadores del pasado, el presente y el futuro que se han atrevido y continúan atreviéndose a avanzar en la fe, la esperanza y la alegría a pesar de los deprimentes efectos del pensamiento convencional.

Índice

TERCERA PARTE: OPCIONES PARA SANAR: CÓMO HACERSE UN PLAN PERSONAL

Lista de figuras

Lista de cuadros

Agradecimientos

Escribir este libro fue un proceso largo y difícil. Revisarlo ha sido un trabajo creativo y vigorizador, una experiencia totalmente distinta. Desde la publicación de la primera edición me he sentido agradecida y bendecida al conocer los resultados positivos que ha tenido esta información en la vida de muchas personas.

No podría haber realizado este trabajo sin el apoyo, la orientación y la influencia de muchas personas. Quiero dar las gracias a todos aquellos que contribuyeron materialmente a proporcionarme la estructura dentro de la cual escribí el libro, y a los que después me ayudaron en el proceso de revisión:

Ned Leavitt, que me llamó en el momento preciso durante la primavera de 1991 y me sugirió que escribiera un libro, y ha continuado ofreciéndome su apoyo y sus sabios consejos, haciendo gala de sus dotes caballerescas, con reluciente armadura y espada si es preciso.

Helen Rees, mi agente, que desde nuestro primer encuentro comprendió intuitivamente el contenido de este libro, mucho antes de que yo expresara todas mis ideas.

Leslie Meredith, la encargada de la primera edición de esta obra en Bantam, que desde el principio creyó en la importancia de su mensaje, y Toni Burbank, que ha sido como su hada madrina desde que la partera, Leslie, se trasladara a otro lugar siguiendo los dictados de su corazón.

Brian Tart, también de Bantam, que me ofreció su apoyo y su amabilidad durante el proceso de edición.

Sandi Gelles-Cole, por su habilidad para clarificar y dar estructura a mis ideas.

Judith Barrington, extraordinaria ilustradora médica que creó y revisó los gráficos y ha continuado ofreciéndome su apoyo durante el proceso de ilustrar mis ideas.

Este libro, junto con el trabajo que documenta, jamás habría sido posible si no hubiera aprendido a confiar en mi capacidad para crear y vivir mis sueños. A ello contribuyeron de forma importante Gail Straub, David Gershon y Annie Gill O'Toole.

Quiero agradecer a Patricia Reis su amistad y sus escritos. Su trabajo en profundidad con mis dientas en la década de los ochenta me fue valiosísimo para aprender a confiar en mis intuiciones. Linda Trichter Met calf y Toby Simon, del Proprioceptive Writing Center [Centro de Escritura Propioceptiva], me ayudaron a encontrar mi voz de escritora, y las sesiones de escritura con Judie Burwell me sirvieron para mantenerla viva. Gracias a todas estas personas y a los escritos de Sonia Johnson, he comprendido la importancia de una perspectiva feminista.

Durante un decenio, mis colegas del Centro Médico de Maine y del Hospital Marcy de Portland (Maine), médicos, enfermeras y personal auxiliar, se han mostrado receptivos y han aceptado mis ideas. La gran comunidad médica en que trabajo nos ha ofrecido una excelente atención médica y un amable apoyo tanto a mí como a mis dientas durante años. La Facultad de Medicina Dartmouth me proporcionó una excelente formación a la vez que me ofrecía aire fresco y pinares. En especial vayan mi reconocimiento y mi gratitud al doctor Millard Simmons, que fue (y continúa siendo para los alumnos actuales) un modelo positivo de tocólogo-ginecólogo que se interesa profundamente por las mujeres. Él apoyó mi decisión de seguir esta carrera cuando muy pocas mujeres lo hacían. También doy las gracias a la doctora Harriet Northrup, mi tía, cuya presencia en mi vida da fe de la historia de las mujeres en medicina.

Michio Kushi y Annemarie Colbin me enseñaron la importancia de los alimentos integrales en la creación de la salud. Sus enseñanzas me dieron los medios necesarios para cambiar mis hábitos alimentarios y ayudar a mis pacientes a hacer lo mismo.

Mis colegas del Colegio de Médicos Holistas de Estados Unidos, entre ellos los doctores Norman Shealy, Gladys McGarey, Robert Anderson y Bernie Siegel, han sido mis modelos de médicos vanguardistas, pioneros en el tratamiento del paciente como persona completa y no sólo de su enfermedad.

Patti Haladay, Fern Tsao y Kathy McGonagle han cuidado expertamente de mi cuerpo después de largas horas de escribir. Heidy y John, de la cafetería de Fiddlehead Farm, nos ofrecieron un servicio

estimulante y personalizado durante muchos desayunos cuando Mona Lisa Schulz y yo revisábamos el manuscrito.

El personal de Women to Women, del pasado y del presente, me ha ayudado a crear una forma sincera y realizadora de practicar la atención sanitaria, así como a trabajar dentro de un grupo. Agradezco profundamente el modelo que hemos creado juntas. Y juntas continuamos aprendiendo lo que significa la sentencia: «Practica lo que predicas». Por eso, junto con la orientación de Joe Melnick, les estaré siempre agradecida.

Un inmenso gracias a los siguientes colegas, todos pioneros en la salud de la mujer entera; su presencia y su sabiduría continúan apoyándome: Joel T. Hargrove, Marcelíe Pick, Mary Ellen Fenn, Bethany Hays, Dixie Mills, Kayt Havens, Maude Guerin, Susan Doughty y Hector Tarraza.

Doy también las gracias a mis colegas de todo el mundo que, independientemente de su sexo, están practicando la medicina de la sabiduría femenina. Su presencia y su apoyo me sostienen más de lo que imaginan.

Durante más de cinco años, Gina Barone me ha ayudado a mantener encendido el hogar en casa, ocupándose de las comidas, el transporte y el cuidado de mis hijas, y siendo mi amiga. Sin ella no podría haber llevado a término el trabajo inicial ni sus revisiones. Antes de ella, Donna Mead y Jayne Quintal aportaron sus habilidades para que la familia y la casa funcionaran sobre ruedas y saludablemente. Gracias por su presencia en mi vida.

Respeto y aprecio la colaboración personal y la sabiduría de Anne Wílson Schaef, cuyas ideas y amistad han sido esenciales para mi recuperación, tanto en el aspecto personal como en el profesional. El sentido del humor y la perspectiva de Diane Fassel me han sido valiosísimos durante el proceso de escribir. También agradezco a Wilson Shaef su sinceridad y sus puntos de vista.

Diane Grover, mi enfermera y ayudante personal, me ha ayudado durante más de quince años a transformar mis ideas en realidades físicas. Aprecio su constante apoyo y sus dotes organizativas. Quiero expresarle mi gratitud y el deseo de que continuemos creciendo y disfrutando juntas.

Brenda King Scheider, amiga de la infancia y la universidad, ha continuado ofreciéndome un espejo y una cámara que me reflejan bajo la mejor luz. Ambas compartimos una historia y una visión que me sustenta y me llena de gozo. Su amistad ha sido siempre un regalo en mi vida. Siento una especial gratitud por haberla tenido durante este proceso de escribir.

Mi vida ha sido verdaderamente bendecida por la inteligencia, la generosidad y la amistad de Caroline Myss. Su profunda percepción, su intuición y sus ideas me han sustentado y estimulado enormemente y han aportado muchísimo a mi entendimiento de la salud y la enfermedad.

Le agradezco también su sentido del humor, su irreverencia y su profunda comprensión intuitiva del proceso creativo.

De modo totalmente espontáneo apareció en mi vida, como un ángel, la doctora Mona Lisa Schulz, y pasó a convertirse en una valiosísima colaboradora, investigadora, diseñadora gráfica, inspiradora y amiga. Sin su excepcional perspectiva, su pericia investigadora, su presencia personal, su intuición médica y su escandaloso sentido del humor, sí que habría sido aburrido mi proceso de escribir. Este libro y sus revisiones nos han dado la oportunidad de crear y reír juntas durante más de cinco años.

Durante los tres últimos años he tenido el placer de trabajar con un fabuloso equipo en mi hoja informativa *Health Wisdom for Women.* Este trabajo ha sido de gran utilidad al revisar este libro. Gracias especiales a Susie Beltteri y Lorna Newman.

Mi padre me dijo una vez que yo no elegiría a mis pacientes, sino que ellas me elegirían a mí. Doy las gracias a todas esas mujeres valientes que a lo largo de los años me han elegido como su médica y me han ayudado a aprender todo lo que contiene este libro. También me siento profundamente agradecida a mis otros «clientes»: todas las mujeres (y todos los hombres) que han leído la primera edición de este libro, se han subscrito a mi hoja informativa, han escuchado mis casetes y han asistido a mis conferencias. Todos han enriquecido mi vida superando mis sueños más locos. Continúo encontrando casi milagroso todo este proceso.

Deseo agradecer el continuado apoyo, aliento y cariño de mi familia inmediata. Durante todo este proceso, mi marido Ken ha estado dispuesto a pasar del arquetipo de matrimonio al arquetipo de sociedad común, continuando al mismo tiempo con su sentido del humor y su propia y exigente profesión. Nuestra relación ha crecido y madurado a lo largo de este no tan fácil proceso. Mis hijas Ann y Kate han

enriquecido inconmensurablemente mi vida. Me han enseñado que cada niña tiene sus propios destino y estilo y que eso debe respetarse siempre, sean cuales fueren las creencias de sus padres.

También quiero dar las gracias a mis demás familiares y a los primeros apoyos que establecieron las bases de lo que soy actualmente. Mi madre es la encarnación física de la palabra «fuerza». Su constante apoyo ha sido para mí una raíz central que me conecta con el centro de la Tierra. Ha sido y continúa siendo un maravilloso regalo en mi vida. La original manera de pensar de mi padre, su entusiasmo y su enfoque de la curación establecieron las bases del trabajo de mi vida. Aunque ya no está presente físicamente, siento su apoyo día a día.

Mis hermanos John y Bill, y mis hermanas Penny y Cindy, me han inspirado con su capacidad para forjarse vidas prósperas y plenas, a pesar de ir en contra de la sabiduría educativa en vigencia. Cada uno se las ha arreglado para hacer caso de su propia sabiduría interior y vivir conforme a ella.

Por último, deseo darme las gracias a mí misma por tener la voluntad necesaria para continuar este reescribir y reescribir aun después de que ya lo creía terminado. He aprendido a rendirme a un poder muy superior al mío. Ahora también sé que el poder de mi voluntad personal y el proceso de rendirse a una voluntad superior son paradójicos y necesarios ambos. A través del proceso de escribir este libro me he recuperado a mí misma como científica y escritora.

Introducción

A LA EDICIÓN REVISADA [1998]

Decir nuestra verdad

El mes siguiente a la publicación de la primera edición de este libro [1994] tuve una serie de pesadillas: alguien entraba en mi dormitorio y estaba a punto de matarme. Durante cinco noches consecutivas desperté gritando de terror, asustando a mis hijas y asustándome a mí misma. Mis sueños eran mi nada sutil guía interior, que quería informarme del miedo que tenía una parte de mí de dar a conocer al mundo lo que yo sabía. Me sorprendió ese miedo. Aunque intelectualmente sabía que muchas mujeres tienen un muro de miedo en su interior, que se levanta cuando se atreven a decir su verdad, no me había dado cuenta de lo mucho que yo lo compartía. Cuando el libro ya estaba en venta, tuve miedo de asistir a la reunión regular de tocología-ginecología de junio de 1994, porque estaba segura de que mis colegas me rechazarían a mí y rechazarían mi trabajo. Hasta entonces había vivido una vida profesional doble. Una parte de mí les decía a mis pacientes, en la intimidad de mi consulta, lo que realmente creía, y la otra parte, mi yo «oficial», se refrenaba un poco (o mucho) en el hospital o delante de muchos colegas. Mis relaciones sociales como médica me habían enseñado muy bien lo que era aceptable para mis colegas y el personal del hospital. Llevaba años caminando por una cuerda muy delgada. De hecho, en 1980, justo después del nacimiento de mi primera hija y antes de presentarme a los exámenes orales para recibir mi título en obstetricia y ginecología, aparecí en un reportaje sobre salud holista de mujeres en la revista *East West Journal* (ahora *Natural Health).* Con el fin de que nadie del hospital donde trabajaba viera el artículo, fui a la cooperativa donde se vendía la revista y compré todos los ejemplares de ese número. Nadie de mi hospital lo vio jamás, y si alguien lo vio nunca dijo nada. Pero en 1994 no me iba a ser posible comprar todos los ejemplares de mi libro. Tenía que afrontar las consecuencias y unir mis dos partes públicamente —y delante de los grupos de médicos convencionales— por primera vez.

Mi primer paso fue asistir a la reunión semanal del hospital. Cuando entré, me sentí aliviada porque nadie dijo nada sobre el libro y me trataron igual que siempre. Era como si no hubiera ocurrido nada. Tuve que reírme, porque en ese momento aprendí una lección sobre el egocentrismo: creer que todas las personas que me rodeaban estaban interesadas en lo que yo hacía o decía, cuando en realidad tenían su propia vida de la que ocuparse. Mi principal lección fue que mi miedo era sólo eso, todo mío, y que era hora de olvidarlo. Esto ha sido un proceso gradual. Cuando el libro cumplió un año, tuve una serie de sueños en los que alguien me grababa en vídeo desnuda. Seguía sintiéndome vulnerable, pero al menos nadie me iba a matar. Después los sueños han ido despareciendo poco a poco.

Desde 1994 me han invitado a hablar ante personal de hospitales y médicos de todo el país y del extranjero, y he recibido una acogida abrumadoramente positiva por parte de mujeres y hombres de Estados Unidos y del resto del mundo. Ciertamente, el mundo está preparado para la sabiduría de las mujeres. El comentario que oigo con más frecuencia, en boca de mujeres y de hombres, e incluso de muchos médicos, es más o menos el siguiente: «En algún lugar profundo de mi interior siempre he sabido la verdad de lo que has dicho, pero no sabía cómo expresarlo. Y ciertamente, jamás había oído decirlo a ningún médico».

He llegado a ver que la ciencia médica, si se combina con la sabiduría de nuestro corazón y nuestra mente, es una medicina verdaderamente poderosa. Y ese es el motivo de que casi tan pronto como se publicó este libro sentí la necesidad de revisarlo. Aunque nada puede reemplazar el desarrollo y el perfeccionamiento de nuestra sabiduría intuitiva femenina, es decir, esa guía interior que nos ayuda a deci-

dir qué caminos tomar y cuáles evitar, he descubierto que esta guía interior funciona mejor cuando está equilibrada con una buena información, sólida y puesta al día.

Y si bien los principios de la verdadera sabiduría no cambian mucho con el tiempo, la información útil y práctica sí cambia. Necesitamos ambas cosas, igual que necesitamos los dos hemisferios cerebrales, el izquierdo y el derecho. Y con la aceptación cada vez mayor de la medicina alternativa en la corriente principal de la cultura (fenómeno que todavía me sorprende y me encanta), cada día hay más soluciones naturales para los problemas femeninos de salud documentados científicamente. Al mismo tiempo, también son útiles para muchas mujeres las buenas soluciones tecnológicas, como los nuevos aparatos para mejorar la incontinencia urinaria por esfuerzo y las mejores técnicas quirúrgicas para extirpar miofibromas. Cada vez que he puesto al día mis pensamientos y recomendaciones, he deseado hacer llegar esa nueva información a mis lectoras para que también ellas puedan aprovecharla para mejorar su vida y su salud.

Además de añadir soluciones mejores y más oportunas a cada sección del libro, me pareció necesario reescribir totalmente los capítulos sobre la nutrición y la menopausia, porque en estos temas hay mucha información nueva, desde cómo individualizar una terapia hormonal con hormonas naturales del cuerpo femenino hasta cómo encontrar un método dietético que equilibre la bioquímica del cuerpo y el cerebro. La salud de las mujeres obtiene por fin la atención que se merece, y como antigua participante en este campo tengo muchísimo que decir y mucha información nueva que dar.

Por una afortunada coincidencia, mi hoja informativa *Health Wisdom for Women* comenzó a publicarse, en sociedad con Phillips Publishing International, varios meses después de la aparición de la primera edición de este libro. Así pues, ahora, en lugar de tratar los problemas de veinte mujeres en mi consulta cada día, puedo llegar a miles cada mes. En esencia, las soluciones de atención a la salud ofrecidas en la hoja informativa, junto con las cartas, opiniones y reacciones de mis subscriptores, se han convertido en un consultorio virtual. Esto me ha permitido tener el dedo en el pulso de la atención médica a la mujer de un modo mucho más amplio y variado que antes. También muchos colegas médicos me han dicho que las pacientes suelen llevar o bien un ejemplar de este libro o un *número de* la hoja informativa a la consulta para hablar de un determinado método que he recomendado. La mayoría de estos médicos están agradecidos por la información. Este método que da participación a las bases populares agrada verdaderamente a mis orígenes de ciudad pequeña.

Escribir la primera edición de este libro me abrió a un mundo más grande de sabiduría femenina que está creciendo en todo el planeta. Debido a esto, cuento con el apoyo de más personas y lugares de lo que jamás habría creído posible. Por todas las cartas que recibo, sé que lo mismo está ocurriendo en otras partes del mundo. Este libro se usa como texto de estudio en escuelas de enfermería y hospitales de todo el país, y esto sirve para que la sabiduría femenina adquiera velocidad e impulso.

He comprendido el poder que tiene el hecho de decir mi verdad personal. Esto ha sido una parte muy importante en mi proceso de sanación.

Y he salido de ello sintiéndome más fuerte y más libre que nunca. Espero que este libro estimule a otras mujeres a decir también su verdad personal. Sé que cuando cada una hace esto, el mundo y nuestra salud mejoran.

INTRODUCCIÓN
A LA PRIMERA EDICIÓN [1994]

Médico, cúrate a ti mismo

Cuando nació mi primera hija en 1981, quise alimentarla sólo con mi leche y al mismo tiempo continuar con mis sesenta o más horas de trabajo a la semana. Tratando de hacer esto, enfermé de una mastitis grave que al final fue causa de que me dejara de funcionar la mama derecha. En lugar de tomarme uno o dos días de baja en el trabajo a la primera señal de infección, que es lo que habría recomendado a cualquiera de mis pacientes, continué trabajando. Actué así porque me sentía desgarrada entre dos direcciones. Creía entonces, como sigo creyendo ahora, que la leche materna es el mejor alimento para los bebés, y estaba resuelta a dar una alimentación óptima a mis hijos. Yo misma me traté con antibióticos, porque sabía que si iba a otro médico me ordenaría dejar de amamantar a mi hija. Al mismo tiempo, era consciente de que los médicos varones solían acusar a sus colegas mujeres de ser débiles o incapaces de trabajar como es debido, y yo no quería ser considerada así. En ese tiempo estaba trabajando con un respetado grupo de tocólogos y ginecólogos. A mis 31 años había conseguido éxito en un campo de la medicina dominado por los hombres, y trabajaba con colegas a los que respetaba. No quería poner en peligro mi carrera profesional. De modo, pues, que no me cuidé y continué trabajando, y empeorando más y más.

Aunque tomaba medicación, la infección era lo suficientemente grave para resistir a los antibióticos comunes. La enfermedad siguió avanzando hasta que una noche me subió muchísimo la fiebre, acompañada de escalofríos y delirio. Durante ese tiempo, según supe después, la infección se estaba amurallando en mi cuerpo en forma de un absceso, a mucha profundidad dentro del pecho. Incluso así fui a trabajar y continué cumpliendo mi deber. Al ser madre y médica al mismo tiempo, pensé que no tenía otra alternativa. Todos mis años de formación me habían enseñado a poner en último lugar mis necesidades.

Después de varias semanas de intentar tratarme yo sola, finalmente llamé a un cirujano que accedió a verme en su consulta cuando yo terminara de atender a mis pacientes (tomando tabletas de Tylenol con codeína para calmar el dolor). Esa misma noche terminé en el quirófano, justamente lo que había decidido evitar.

El cirujano le dijo a mi marido, que también es médico, que la cavidad del absceso bajo mi pecho era muy grande y penetraba a través de la pared torácica, lo peor que había visto en sus treinta años de práctica. No se explicaba cómo había logrado yo seguir trabajando a pesar de eso. Yo no había hecho caso de la antiquísima enseñanza que dice: «Médico, cúrate a ti mismo». Me sentí avergonzada de no haberme tratado bien como médica, de haberme convertido en enferma, en paciente. También sentí en peligro mi validez como madre, si no podía dar el pecho a mi hija. (En todo caso, la leche ya me había disminuido bastante a causa del estrés.) Sin embargo, recuerdo que esa noche en el hospital pensé que tenía que volver al trabajo lo más pronto posible.

Cuando dos años después nació mi segunda hija, supuse que ya estaría reparado el daño. Aunque para alimentar a mi primera hija tuve que complementar con leche de fórmula la leche materna, me imaginé que esta vez no tendría que volver a hacerlo. Pero no hubo manera de que saliera una gota de leche para mi nueva hija por esa mama, aunque sí se producía leche cuando había de producirse. La infección anterior había destruido los conductos mamarios de mi pecho derecho. Nuevamente temí no ser capaz de alimentar a mi bebé. Había pagado un alto precio en mi cuerpo por tratar de demostrar mi valía dos años antes. Aunque asumí la plena responsabilidad de mi situación, me di cuenta de cómo había aprendido a no cuidar de mí. El hecho de no hacer caso de mis necesidades físicas ni de mi cuerpo estaba incorporado a la trama misma de mi vida.

El tercer día después del parto, desesperada por la situación, llamé a la Liga Internacional La Leche, de Chicago, para pedir consejo. La mujer que me contestó había tenido el mismo problema y me informó que podía alimentar a la pequeña por una sola mama, siempre que le diera el pecho con más frecuencia y no me preocupara por estar «desequilibrada». Seguí su consejo y pude amamantarla lo suficiente para producir más leche. Aunque sí tenía que recurrir a la leche de fórmula cuando estaba lejos de

mi hija en el trabajo, mi leche era la adecuada a sus necesidades siempre que estaba con ella, durante largos periodos de tiempo. Toda mi vida estaré agradecida a esa organización popular de mujeres, que fundaron en Chicago un grupo de amas de casa que querían amamantar a sus bebés en una época en que la medicina no apoyaba esto precisamente. (Hasta el día de hoy, no existen cursos formales sobre la lactancia para los tocólogos y ginecólogos en periodo de práctica, y por lo tanto estos no tienen todos los conocimientos que debieran sobre esta importante función.)

Si bien yo sabía que las mamas suelen ser la metáfora física de dar, recibir y nutrir, en mi precipitación por nutrir a todos los demás me había dejado de lado yo misma. Sin embargo, mi cuerpo no estuvo dispuesto a aceptar el negligente trato que le daba y me comunicó una importante lección: los síntomas corporales tienen un sentido que trasciende el problema inmediato de salud del cual nos advierten. Carl Jung decía que los dioses nos visitan mediante la enfermedad, y he llegado a creer que prestando atención a los mensajes de nuestro cuerpo podemos beneficiarnos emocional, física y espiritualmente.

Yo siempre había creído esto con el intelecto, pero para ser eficaz como sanadora tuve que experimentarlo en persona. Únicamente viviendo un grave problema de salud llegué a comprender los problemas de salud y de vida que tienen otras mujeres. Mientras fui una mujer blanca, sumamente entregada al trabajo, que jamás caía enferma y que veía el mundo desde el punto de vista imperante, es decir, el masculino, no fui capaz de percibir los hábitos que con tanta frecuencia se asocian a los problemas de salud femeninos. Mientras me consideré separada de las demás mujeres, no logré comprender que esos hábitos forman parte de la lucha de muchas mujeres por ser completas.

Lo personal es político

El hecho de tener a mis hijas y de esforzarme por equilibrar mi trabajo y mi familia me hizo cambiar de una manera en que ninguna otra cosa lo habría logrado. En lugar de aprender de libros y profesores, comencé a aprender por experiencia lo que quieren decir las feministas con la frase: «Lo personal es político». Comprendí que no existe eso que se llama «madre a media jornada». Una vez que una mujer tiene un hijo, ese niño forma parte de ella las 24 horas del día, de una manera que nadie puede comprender hasta que le ocurre. Yo no estaba preparada para el dolor del corazón que se me producía cada día cuando dejaba a mi bebé para ir a trabajar. También comencé a poner en tela de juicio mi vieja idea de que el cuidado del bebé y la maternidad no son un verdadero trabajo.

Inmediatamente comprobé que estar en el trabajo era en muchos aspectos infinitamente más fácil que estar en casa con dos niñas pequeñas. ¡Podía hacer tantas cosas! Como buena hija del patriarcado, rendía culto en el altar de la eficiencia y la productividad. Comencé a replantearme por qué me parecía bien cuidar del cuerpo de otras personas pero no del mío ni del de mis hijas. ¿Por qué me sentía culpable siempre que me tomaba un descanso? Aun cuando tuviera mucho que hacer, ¿por qué me costaba tanto echarme en la alfombra y jugar con mis hijas una media hora? ¿Por qué me parecía que eso era una pérdida de tiempo? También reflexioné sobre la razón por la cual el hecho de cuidar de los hijos se considera propio de la mujer: ¿Por qué mis hijas eran principalmente asunto mío? Mi marido y yo habíamos recibido la misma educación y ganábamos más o menos lo mismo. ¿Por qué su vida no cambió tanto cuando nacieron sus hijas?

Cuando me di cuenta de cómo la vida familiar afecta al bienestar de la mujer, tuve que retroceder y revaluar todo lo que siempre había creído sobre el éxito, la medicina y yo misma. Hasta el nacimiento de mi segunda hija, jamás me había considerado feminista. Siempre había podido realizar lo que fuera que me propusiera. No sabía qué querían decir «esas» mujeres cuando hablaban de las injusticias de la sociedad contra nuestro sexo. No sabía que a las mujeres y a los hombres se los trata de diferente manera, porque no había experimentado (o más bien, no había notado) personalmente esas diferencias.

Pero mi vida se desmoronó cuando me convertí en médica y madre en una sociedad que da a entender que una mujer tiene que elegir entre esos dos papeles si quiere hacer bien al menos uno de ellos. Nada me había preparado para eso. La supermujer estaba agonizando.

Las percepciones activadas por el absceso de mama influyeron no sólo en mis creencias sobre mi salud, sino también en las que tenía sobre mi trabajo como médica. Comencé a revaluar mis creencias y mi comprensión de la enfermedad. Comencé a comprender que el síndrome premenstrual, el dolor pelviano, los miofibromas, la vaginitis crónica y otros problemas que tenían mis pacientes suelen estar rela-

cionados con el contexto de su vida. Enterarme de su dieta, su situación laboral y sus relaciones solía proporcionarme pistas sobre el origen de esos malestares corporales. Valoré los patrones de vida que se ocultan detrás de esas dolencias de una manera que jamás había considerado antes.

Con los años, a medida que me he ido volviendo más sensible a esos patrones de salud y enfermedad, en mí y en mis pacientes, he llegado a Comprender que si no nos comprometemos a mirar todos los aspectos de nuestra vida, el hecho de mejorar nuestros hábitos y nuestra dieta no es suficiente para producir una curación permanente de enfermedades que padecemos desde hace mucho tiempo. Durante casi dos décadas he trabajado con muchas mujeres cuyas enfermedades no se pueden atribuir simplemente a lo que comen y no se pueden curar únicamente mediante medicamentos o cirugía. Seguir una dieta macrobiótica o correr cinco kilómetros diarios no va a hacer sentirse mejor a una mujer si aún vive con Un alcohólico o un adicto al trabajo, o si sufrió la experiencia del incesto y no se ha permitido sentir las emociones que suelen estar asociadas con ella. No obstante, hacer cambios en la dieta y buscar alternativas a los medicamentos y la cirugía sí pueden ser los primeros pasos que abren a la mujer a nuevas maneras de considerar su salud. Con una nueva perspectiva sobre su cuerpo y sobre ella misma, con frecuencia comienza a sanar mental, emocional y espiritualmente, y también físicamente. A lo largo de todo este libro encontrarás historias de casos de sanación y despertar espiritual.

Las enfermedades de estas mujeres y mi absceso de mama podemos considerarlos llamadas a despertar. Si bien estas experiencias fueron dolorosas para las mujeres que las vivimos, nos trajeron de vuelta a nuestro cuerpo y nos reconectaron con la conciencia de lo que es importante en la vida. A mí, mi enfermedad me enseñó que mi salud es un proceso de equilibrio y que, al haber desatendido a mi cuerpo y mi yo superior durante muchos años, tendría que mirar dentro en busca de las respuestas a las preguntas planteadas por mis problemas de salud y los de otras mujeres. Dado que los problemas de toda mujer se producen en parte debido a la naturaleza del hecho de ser mujer en esta cultura, que nos programa para poner en primer lugar las necesidades de los demás, necesitamos hacer cambios radicales en nuestra mente y nuestra vida para sanarnos y mantener nuestra buena salud.

De las mujeres para las mujeres

Debido a todas estas revelaciones, en 1985 dejé mi puesto en el equipo con el que trabajaba, resuelta a crear un servicio en el cual pudiera incorporar al tratamiento de mis pacientes no sólo la atención médica, lino también lo que sabía de nutrición, estilo de vida y la experiencia de ser mujer en esta cultura. Otras tres mujeres y yo decidimos abrir un centro médico para mujeres que valoraría lo que significa ser mujer. Sabíamos que tenía que haber alternativas al modo vigente de crear salud y tratar los problemas de salud femeninos. Queríamos hacer algo más que limitarnos a tratar los síntomas: deseábamos ayudar a las mujeres a cambiar las condiciones básicas de su vida que habían conducido a sus problemas de salud. No considerábamos suficiente el hecho de «privatizar» y aislar la situación de cada mujer. Deseábamos enseñar a las mujeres que sus heridas físicas, psíquicas y espirituales forman parte de una herida cultural mayor que nos afecta potencialmente a todas.

Así pues, las cuatro (dos enfermeras y dos tocólogas/ginecólogas) fundamos Women to Women en diciembre de 1985, en una pequeña ciudad de Maine. No existía ningún modelo para lo que nos proponíamos hacer. Deseábamos ejercer la medicina dentro del contexto de la asistencia médica vigente, que tiene muchísimo que ofrecer. Yo había visto a muchas mujeres dedicarse obstinadamente a tratar de sanar de una enfermedad evitando la cirugía, que les habría sido muy útil para que su cuerpo se recuperase y para mantener la salud. (Cuando una mujer se concentra demasiado en sanar una enfermedad, suele hacerlo para evitar afrontar los problemas que condujeron a esa enfermedad. De ahí que el propio proceso de curación se convierta en adictivo.) Pero también deseábamos reeducar a nuestras pacientes en lo referente a los comportamientos favorecedores de la salud. Todas habíamos experimentado de primera mano el poder de los pensamientos y los síntomas corporales para conducirnos a la sanación y a una comprensión más profunda de nuestro cuerpo y de nosotras mismas. Deseábamos ayudar a nuestras pacientes a experimentar eso mismo. En esencia, eso es lo que trato de hacer en este libro.

Women to Women ha sido un acto de fe desde el comienzo. En todos estos años de trabajo, hemos aprendido que no es pequeña la tarea de cambiar nuestro enfoque, dejando de centrarnos en «lo que puede ir mal» para concentrarnos en «lo que puede ir bien», y tampoco es nada fácil ayudar a las muje-

res a pasar de los comportamientos destructivos a aquellos que generalmente se asocian a la salud. Con los años hemos tenido que reconocer lo arraigados que están nuestros habituales temores y hábitos que destruyen la salud. Nuestra frustración por los hábitos autodestructivos de nuestras pacientes ha disminuido cuando hemos llegado a comprender que todas compartimos esos mismos hábitos. Las cuatro descubrimos que teníamos que hacer ese trabajo en nosotras mismas, en nuestros comportamientos y modos de comunicarnos, para convertirnos en mejores sanadoras y practicantes de la medicina y mantenernos abiertas al constante proceso de aprendizaje que exige el ejercicio de nuestra profesión. Trabajamos por romper las barreras jerárquicas entre nosotras y nuestras pacientes, de modo que estas participaran en su sanación de un modo consciente, por ejemplo elaborando la mejor dieta o eligiendo una combinación de tratamientos holistas. No queríamos jugar a la diosa doctora o la diosa enfermera con ellas. En 1986 conseguimos la colaboración de una experta psicoterapeuta que nos ayudó a ser sinceras entre nosotras, en lugar de ocultar nuestros verdaderos sentimientos tras el velo de la «simpatía» (que es lo que se nos ha enseñado a la mayoría) cuando discutíamos y decidíamos nuestras tareas, turnos, guardias, vacaciones, días libres y otros asuntos importantes de nuestro trabajo y de nuestras relaciones.

Creación de salud

Durante los cinco primeros años de Women to Women, comprendimos que nuestras intuiciones iniciales habían sido correctas. El estado de salud de una mujer está efectivamente ligado a la cultura en la que vive y a la posición que tiene en ella, así como al modo personal en que lleva su vida. Nuestra formación médica formal no había reconocido lo que ahora nos parece evidente.

Pero reconocer que el contexto cultural de la vida de una mujer influye en su salud es sólo el primer paso en la creación de un nuevo modelo de bienestar femenino. El siguiente paso fue comprometernos a mejorar la salud de las mujeres cambiando activamente las circunstancias de nuestras respectivas vidas y las suyas.

En 1991 creamos un lema para Women to Women: «Nos comprometemos a vivir, crear y disfrutar de salud, equilibrio y libertad en todos los aspectos, personal y profesionalmente, al mismo tiempo que ofrecemos servicios educativos y médicos que ayuden a nuestras pacientes a utilizar su propio poder para crear eso mismo en su vida». Me anima el solo hecho de leerlo. Es una visión que no exige perfección. Requiere que hagamos lo mejor posible, recordando que nadie nos puede arreglar la vida. Sólo nosotras mismas podemos hacerlo, y es necesario que nos lo propongamos conscientemente. No quiero decir que sea fácil. Cada una de nosotras necesita apoyo y orientación. Women to Women ha sido una fuente de apoyo y orientación para miles de mujeres, un lugar donde contamos nuestras historias, planeamos creativamente nuestro futuro, sanamos nuestras heridas y avanzamos hacia la creación de salud y alegría en nuestra vida.

Es mi objetivo que este libro sea también una fuente de apoyo y orientación, ya que presenta casos de sanación de una serie de pacientes, colegas, familiares y amigas mías. Estas mujeres encontraron su voz y comenzaron a sanar y crear salud en su vida día a día. Juntas, todas nosotras formamos parte de la conciencia femenina más grande, dando voz a nuestra auténtica identidad y nuestras verdaderas necesidades, recuperando la feminidad y siendo mujeres a nuestra manera.

Estas historias de casos están relatadas con las palabras e imágenes usadas por las mujeres que las han vivido y que a menudo han creado ritos personales que, sin embargo, tienen un valor colectivo. La mayoría de las mujeres que aparecen en este libro son retratos compuestos. Aunque las historias son de personas reales, se han cambiado sus nombres y otros detalles que podrían identificarlas. Espero que al leer estas historias te sientas estimulada a pensar en la historia de tu vida, no sólo de tu historial médico, y a reflexionar sobre ella de un modo nuevo. Espero también que te sientas movida a escribir tu vida y tu historial médico, para ver qué costumbres o hábitos surgen y qué vínculo hay entre ambos. Examinando tu vida, «identificándola» y después «recuperándola», también tú podrás sanar.

Con estas historias de casos vas a aprender también a escuchar a tu cuerpo y a confiar en su sabiduría, para aumentar tu bienestar físico y espiritual. En lo referente al aspecto médico, este libro habla de temas de la salud femenina y del cuidado de nuestros sistemas y órganos femeninos. Estudio las enfermedades, las molestias y el mal funcionamiento de todos los sistemas femeninos y ofrezco consejos sobre cómo sanarlos. Pero más allá de este enfoque y consejo médico explícito, la orientación más impor-

tante que espero presentar, con la ayuda de mis asesoras y colegas y los ejemplos de mis pacientes, incluye información dirigida al «interior» de la mujer. Deseo despertar esa vocecita silenciosa y sabia que hay en todas nosotras, esa voz de nuestro cuerpo que nos hemos visto obligadas a desatender debido a la enfermedad, la mala información y la disfunción de nuestra cultura. Y deseo darte el valor de escuchar esa voz y actuar conforme a ella.

He llegado a comprender que todas estamos juntas en esto, *y* que mujeres de todas partes están dando a luz una nueva visión de la salud, el bienestar *y* la identidad de la mujer. Es esencial para esta visión que confiemos en lo que en el fondo sabemos: que nuestro cuerpo es nuestro aliado, y que siempre nos va a señalar la dirección que necesitamos seguir.

Que este libro sea una fuente de orientación, información *y apoyo* en nuestro viaje de sanación.

Primera parte

Del control externo a la guía interior

1
El mito patriarcal y el sistema adictivo

> Igual que un volcán a punto de entrar en erupción, la sociedad que erige el orden social sobre la negación institucionalizada del alma va sufriendo estruendos cada vez más violentos, hasta que parece que la civilización se va a reventar por las costuras.
>
> DENISE BRETON Y CHRISTOPHER LARGENT
> *The Paradigm Conspiracy*

La conciencia crea el cuerpo. Nuestro cuerpo está hecho de sistemas energéticos dinámicos influidos por la dieta, las relaciones, la herencia y la cultura, y la interacción entre todos estos factores y actividades. No estamos ni siquiera próximos a entender cómo interaccionan entre sí nuestros sistemas corporales y mucho menos cómo interaccionan con los de otras personas. Sin embargo, a lo largo de veinte años de ejercicio de la medicina, se me ha hecho evidente que no puede producirse curación para las mujeres mientras no hagamos un análisis crítico y cambiemos algunas de las creencias y suposiciones culturales que inconscientemente todas heredamos e interiorizamos. No podemos esperar recuperar nuestra sabiduría corporal y nuestra capacidad innata para crear salud sin comprender primero la influencia de nuestra sociedad en lo que pensamos de nuestro cuerpo y en nuestra manera de cuidarlo.

Nuestra herencia cultural

Durante los cinco últimos milenios, la civilización occidental ha descansado sobre la mitología del patriarcado, la autoridad de los hombres y los padres. Si, como dice Jamake Highwater, «todas las creencias y actividades humanas nacen de una mitología subyacente», entonces es fácil deducir que si nuestra cultura está totalmente «regida por el padre», nuestra visión del cuerpo femenino e incluso nuestro sistema médico también siguen leyes de orientación masculina.*[1] Sin embargo el patriarcado es sólo uno de los muchos sistemas de organización social posibles.

Incluso así, no seremos capaces de crear otro tipo de organización social mientras no nos sanemos dentro de la cultura en que estamos. He estado incontables veces en la sala de partos cuando nace una niña, y la mujer que la ha dado a luz mira a su marido y le dice: «Lo siento, cariño». ¡Le pide disculpas porque el bebé no es un varón! Es terrible presenciar cómo se rechaza a sí misma la madre al pedir disculpas por el producto de sus nueve meses de gestación y el laborioso parto. Sin embargo, cuando nació mi segunda hija, me horroricé al oír surgir en mi cerebro esas mismas palabras de disculpa a mi marido, provenientes del inconsciente colectivo de la raza humana. No las dije en voz alta, pero aparecieron en mi cabeza, con absoluta espontaneidad. Entonces comprendí qué antiguo es y qué arraigado está este rechazo de lo femenino tanto en los hombres como en las mujeres.

Nuestra cultura da a las niñas el mensaje de que su cuerpo, su vida y su feminidad exigen pedir disculpas. ¿Has notado con qué frecuencia pedimos disculpas las mujeres? Hace poco iba yo por la calle cuando un hombre chocó con una mujer que iba caminando tranquilamente e hizo que se le cayera un paquete al suelo. Pues fue ella quien se deshizo en disculpas. En algún recóndito lugar de nuestro interior llevamos una disculpa por el hecho mismo de existir. Anne Wilson Schaef escribe: «El pecado original de nacer mujer no se redime por las obras».[2] Por muchos títulos que obtengamos en la universidad, por muchos premios que recibamos, en cierto modo nunca damos la talla. Si hemos de pedir disculpas por nuestra existencia desde el día en que nacemos, podemos suponer que el sistema médico de nuestra sociedad nos va a negar la sabiduría de nuestro cuerpo de «segunda clase». En esencia, el patriarcado

---

* [1] Las notas con número remiten a «Notas bibliográficas y aclaratorias», al final del libro. *(N. del E.)*

proclama a voz en grito el mensaje de que el cuerpo femenino es inferior y debe ser dominado, controlado.

Nuestra cultura niega habitualmente lo insidiosos y omnipresentes que son los problemas relacionados con el sexo. En el ejercicio de mi trabajo, descubrí que el abuso sexual contra las mujeres es epidémico, ya sea sutil o descarado. Y he visto cómo ese abuso prepara el camino para la enfermedad en el cuerpo femenino. Consideremos los siguientes datos: un estudio realizado por la doctora Gloria Bachmann estima que un 38 por ciento de las mujeres adultas de Estados Unidos sufrieron abusos sexuales en la infancia. Dado que es corriente no denunciar estos abusos, sólo entre un 20 y un 50 por ciento de estos incidentes llegan a conocimiento de las autoridades, de modo que el porcentaje podría ser mayor. Una de cada tres mujeres residentes en Estados Unidos tienen posibilidades de ser violadas alguna vez en su vida, y el 50 por ciento de las mujeres casadas son golpeadas al menos una vez en su vida conyugal. La investigación de la doctora Leah Dickstein ha documentado que el maltrato conyugal es la causa de uno de cada dos intentos de suicidio entre las mujeres negras, y uno de cada cuatro entre las blancas. Estudios realizados por Lori Hesse, del Instituto World Watch, señalan que, en todo el mundo, mueren cuatro veces más niñas que niños de desnutrición porque el alimento se da de preferencia a los niños. En China, se calcula que cada dos semanas 440.000 niñas son abandonadas o entregadas en adopción. Según el informe de las Naciones Unidas sobre la situación de la mujer, las mujeres hacen dos tercios del trabajo del mundo por salarios equivalentes a un décimo de los salarios mundiales, y poseen menos de un centésimo de las propiedades del mundo. Un destacado estudio sobre la discriminación sexual en las escuelas, realizado por la Asociación de Mujeres Universitarias de Estados Unidos, confirmó un anterior informe que decía que, comparados con las chicas, los chicos tienen cinco veces *más* probabilidades de que los profesores les presten atención, y ocho veces más probabilidades de que se les haga participar en la clase.[3]

El patriarcado produce adicción

La manera judeocristiana de ver el mundo que inspira la civilización occidental considera que el cuerpo y la sexualidad femeninos, representados en la persona de Eva, son los responsables de la caída de la humanidad. Durante miles de años las mujeres han sido golpeadas, maltratadas, violadas, quemadas en hogueras y culpadas de todo tipo de males simplemente por ser mujeres. En esta era de cambios rápidos, nos olvidamos de que las mujeres no obtuvimos el derecho al voto hasta 1920.

En 1949, en su libro *El segundo sexo,* Simone de Beauvoir escribió: «El hombre goza de la gran ventaja de tener a un dios que respalda las leyes que escribe. Y puesto que el hombre ejerce una autoridad soberana sobre las mujeres, es particularmente afortunado que esta autoridad se la haya otorgado el Ser Supremo. Para los judíos, mahometanos y cristianos, entre otros, el hombre es el amo por derecho divino; el temor de Dios reprimirá por lo tanto cualquier impulso hacia la revuelta entre las pisoteadas mujeres».[4] La creencia de que los hombres están destinados a mandar sobre las mujeres está muy arraigada en muchas tradiciones occidentales.

La organización patriarcal de nuestra sociedad exige que las mujeres, sus ciudadanas de segunda clase, no hagan caso de sus esperanzas y sueños, o se aparten de ellos, por deferencia hacia los hombres y las exigencias de su familia. Esta obstrucción o negación de nuestras necesidades de autoexpresión y autorrealización nos causa un enorme sufrimiento emocional. Para no conectar con ese sufrimiento, corrientemente las mujeres hemos recurrido a substancias adictivas y hemos desarrollado comportamientos adictivos que han tenido por consecuencia un interminable ciclo de malos tratos que nosotras mismas hemos contribuido a perpetuar. Al ser maltratadas o maltratarnos a nosotras mismas, nos enfermamos. Cuando nos enfermamos, somos tratadas por un sistema médico patriarcal que denigra nuestro cuerpo. Muchas no recibimos una buena atención médica o ni siquiera la misma atención médica que reciben los hombres por las mismas enfermedades. Con mucha frecuencia empeoramos o contraemos problemas de salud crónicos, para los cuales el sistema médico no tiene respuestas ni tratamientos. Este es el ciclo que caracteriza nuestra atención médica actual. Y cada vez somos más las mujeres que descubrimos que esforzarnos por «triunfar como un hombre» también pone en peligro nuestro cuerpo.

Anne Wilson Schaef escribe que «cualquier cosa se puede usar de modo adictivo, ya sea una substancia (como el alcohol) o un proceso (como el trabajo). Esto se debe a que la finalidad o función de una adicción es poner un amortiguador entre nosotras mismas y nuestra percepción de nuestros sentimientos. Una adic-

ción nos sirve para insensibilizarnos, para desentendemos de lo que sabemos y de lo que sentimos».[5] Lo bueno es que cuando reconocemos y dejamos salir nuestro sufrimiento emocional, nos conectamos inmediatamente con nuestros sentimientos, los cuales pueden actuar de sistema orientador o guía interior. Está claro que necesitamos un nuevo tipo de actitud y sabiduría médicas que nos ayude a ponernos en contacto con nuestro dolor interior como primer paso hacia la sanación.

Ver esa conexión entre la adicción y el patriarcado ha sido esencial en mi comprensión de los comportamientos que se ocultan tras los principales problemas de salud de las mujeres. Lamentablemente, la palabra «patriarcado» suele ir acompañada de acusaciones a los hombres, pero la acusación es uno de los comportamientos claves que mantienen a las personas atascadas en sistemas que las dañan. Ni las mujeres ni los hombres ni la sociedad en su conjunto pueden avanzar y sanar mientras un sexo culpe al otro. Tenemos que decidirnos a avanzar y dejar atrás las acusaciones. Tanto los hombres como las mujeres perpetuamos el sistema en que vivimos con nuestros comportamientos adictivos cotidianos. Dando el nombre de «sistema adictivo» al patriarcado, Schaef ha hecho un progreso importantísimo en nuestra comprensión de los problemas de la sociedad.[6] Demuestra que el modo como funciona nuestra sociedad es perjudicial tanto para los hombres como para las mujeres y que ambos sexos participamos plenamente en este sistema. Le estoy muy agradecida por sus penetrantes percepciones, las cuales comento a lo largo de todo este libro. Dar el nombre de «sistema adictivo» al patriarcado y ver los modos en que este sistema es perjudicial tanto para los hombres como para las mujeres no disminuye de ninguna manera la importancia del feminismo ni sus perspectivas. Caí en la cuenta de que esas perspectivas han hecho importantes aportaciones al pensamiento médico cuando, justo después de acabar mi periodo de prácticas como residente, encontré la siguiente entrada en el índice de la edición de 1980 del venerable libro de texto *Williams Obstetrics*: «Machismo, cantidades variables de, pp. 1-1102», es decir, todo el libro.[7] ¿Qué corrector o encargado de realizar el índice insertó esa entrada en protesta anónima? Probablemente nunca lo sabremos.

Me gusta la definición de feminismo que da Sonia Johnson, porque contiene una visión de sanación: «Feminismo es la expresión hablada de las antiquísimas cultura y filosofía marginales basadas en valores que el patriarcado ha etiquetado de "femeninos", pero que son necesarios para toda la humanidad. Entre los principios y valores del feminismo que más se diferencian de los del patriarcado están la igualdad universal, la solución no violenta de los problemas y la colaboración con la naturaleza, entre nosotros y con las demás especies».[8]

Creencias fundamentales del sistema adictivo

Te animo a hacer un intento por comprender de qué modo participas en la sociedad adictiva. Cuando tomes más conciencia de tu papel en este bucle de interacciones, mejorará tu salud como persona y nuestra salud como sociedad. Comprueba si te suenan ciertas las siguientes descripciones de nuestras actitudes culturales con respecto a la mujer y la salud, descripciones que podrían servirte para ser más consciente de tu cuerpo y de tus problemas de salud.

Primera creencia: La enfermedad es el enemigo

Los sistemas adictivos han sido correctamente definidos como sociedades que están preparándose para la guerra o recuperándose de ella. Estas sociedades elevan los valores de la destrucción y la violencia por encima de los valores del sustento y la paz. Sólo tenemos que mirar lo que gasta nuestra sociedad en armamentos y defensa para ver dónde están sus valores, dado que la cantidad de dinero que gasta una sociedad en algo es una medida del valor que tiene ese algo en esa sociedad. El dinero que se destina a armas por minuto podría alimentar a dos mil niños desnutridos durante un año, y el precio de un carro de combate militar podría proporcionar aulas para treinta mil alumnos.[9]

En consecuencia, el sistema médico establecido explica nuestro cuerpo no como un sistema diseñado homeostáticamente para tender a la salud, sino más bien como una zona en guerra. Abundan las metáforas militares en el lenguage médico occidental. La enfermedad o el tumor es «el enemigo» que hay que eliminar a toda costa. Rara vez, o nunca, se la considera un mensajero que intenta llamar nuestra atención. Incluso el sistema inmunitario, cuya función es mantenernos en equilibrio, se explica [en inglés] con terminología militar, con sus linfocitos T «destructores» [en inglés, *killer*, que matan]. No hace mucho en nuestro centro, en una discusión en grupo sobre un tumor, uno de los radiólogos dijo: «Las municiones que hemos disparado sobre esa zona [la pelvis en este caso] no han logrado limpiarla de la enfermedad».

Creo que la predilección médica moderna por los medicamentos y la cirugía para tratar la enfermedad forma parte del enfoque agresivo patriarcal, o adictivo, de la enfermedad. Aquello que es natural y no tóxico se considera inferior a la «artillería pesada» de los fármacos, la quimioterapia y la radioterapia. Se hace caso omiso de los métodos de tratamiento naturales no farmacológicos que producen beneficios bien estudiados y documentados, como el toque terapéutico, por ejemplo.[10] Se denigran los tratamientos que ofrecen cuidados complementarios; tampoco se presta atención a los estudios que demuestran su valor. Un ejemplo clásico de estudio descartado, y hay muchos, es uno sobre los efectos de la oración. Este estudio se realizó verdaderamente con el método de doble ciego: ni los médicos, ni las enfermeras ni los enfermos sabían por quiénes se estaba orando. Pero el resultado fue que los enfermos de una unidad coronaria de cuidados intensivos por quienes estaba orando un grupo de personas que no sabían por quiénes oraban, quedaron con menos probabilidades de sufrir un infarto, de necesitar resucitación cardiopulmonar o respiración artificial (intubación endotraqueal), de sufrir de infección o neumonía y de necesitar medicamentos diuréticos que los enfermos de la unidad por quienes no se oró.[11]

Si un medicamento demuestra tener un efecto tan increíble, se consideraría no ético no usarlo. Dados los beneficios y la total ausencia de efectos secundarios de la oración, a un verdadero científico le fascinarían esos resultados y desearía estudiar aún más sus efectos. Sin embargo, cuando el doctor Bernie Siegel puso este artículo en el tablero de anuncios de la sala de médicos de su hospital, a las pocas horas ya un colega había escrito en la primera página: «CHORRADAS».

El sistema adictivo subordina el cuerpo al cerebro y a los dictados de la razón. Con frecuencia nos enseña a no hacer caso del cansancio, del hambre, de la incomodidad o de nuestra necesidad de cuidados y cariño. Nos condiciona a considerar el cuerpo un adversario, sobre todo cuando nos da mensajes que no queremos oír. Nuestra cultura suele tratar de matar al cuerpo como mensajero junto con el mensaje que trae. Sin embargo, el cuerpo es el mejor sistema sanitario que poseemos, si sabemos escucharlo.

Segunda creencia: La ciencia médica es omnipotente

Se nos ha enseñado que nuestro sistema de cuidado de la enfermedad nos ha de conservar sanos. Estamos condicionados socialmente a acudir a los médicos cuando estamos preocupados por nuestro cuerpo y nuestra salud. Se nos ha inculcado el mito de los dioses médicos, que los médicos saben más que nosotros sobre nuestro cuerpo, que el experto tiene la cura. No es de extrañar que cuando les pido a las mujeres que me digan lo que les pasa a su cuerpo me respondan: «Eso dígamelo usted, que es la médica». Para algunas mujeres los médicos son figuras de autoridad, junto con su marido y los sacerdotes. Ahora bien, cada mujer sabe más de sí misma que cualquier otra persona.

La ambivalencia de la mujer hacia su cuerpo y su propio juicio la perjudica psíquicamente. No hace mucho me decía una mujer: «No confío en los médicos; no me gusta la medicina. Sin embargo, me obsesionan y estoy siempre examinándome a ver qué me funciona mal. Voy a muchos médicos en busca de respuestas, y después me enfado cuando lo único que me ofrecen son fármacos y cirugía». Otras mujeres rechazan las alternativas cuando se las ofrecen, porque están convencidas de que sólo los fármacos o la cirugía las podrán ayudar. Sea como fuere, la mayoría de las mujeres están entrenadas para buscar las respuestas fuera de ellas, porque vivimos en una sociedad en la cual los supuestos expertos desafían y subordinan nuestro juicio, una sociedad en la cual no se respeta, no se alienta e incluso no se reconoce nuestra capacidad para sanar o estar sanas sin una ayuda externa constante.

En mi calidad de médica, se me formó para ser paternalista, la experta sabelotodo externa. La gente, a su vez, está condicionada a creer que los médicos son los modelos de comportamiento sano. Mis pacientes siempre temen, por ejemplo, que yo las voy a reprender porque han pasado un año sin hacerse una citología, algo que yo también he hecho de vez en cuando. Según informes de la Universidad de California, el 50 por ciento de los médicos no tienen médico de cabecera, algo que todos los médicos recomiendan a sus pacientes. El 20 por ciento de los médicos no hacen ningún tipo de ejercicio, sólo el 7 por ciento creen que beben «demasiado» alcohol, y el 50 por ciento de las médicas ni siquiera se hacen el autoexamen mensual de las mamas.[12] Sin embargo, la gente entrega regularmente el control de su salud a esos modelos de vida no sana.

La propia medicina tiene un enfoque muy patológico. Los científicos rara vez estudian a las personas sanas, y cuando personas que sufren alguna enfermedad crónica o mortal se recuperan completamente, desafiando los pronósticos médicos estadísticos, los profesionales de la salud suelen creer que sus diagnósticos debieron de estar equivocados, en lugar de investigar por qué esas personas se han recuperado tan bien.[13] En la Facultad de Medicina yo practicaba con personas enfermas o muertas. Se me formó en lo que podía ir mal. Se me enseñó a prever todo lo que podría ir mal y a estar preparada para ello. En mi especialidad de obstetri-

cia y ginecología, se me enseñó que el proceso normal del parto es un «diagnóstico retrospectivo», y que por cualquier motivo al azar, puede convertirse en un desastre, en cualquier momento y sin aviso. Cuando los médicos *no* ponemos en tela de juicio estas enseñanzas, el miedo y la tensión que llevamos a la sala de partos aumenta la ansiedad de la parturienta, lo cual produce cambios hormonales en su cuerpo que, si no se interrumpen, propician un torrente de hechos fisiológicos que conducen a un elevado índice de partos disfuncionales y con cesárea.

Nuestra cultura y su sistema médico adictivo creen que la tecnología y los exámenes nos van a salvar, que es posible controlar y cuantificar todas las variables, y que si tenemos más datos de más estudios podremos mejorar nuestra salud, curar las enfermedades y vivir eternamente felices. Para los estadounidenses y sus médicos, hacer más equivale a mejorar el servicio médico. También creemos que podemos «comprar» una respuesta con el suficiente dinero. Tampoco en este caso confiamos en nuestra guía interior ni en nuestra capacidad de sanar.

Los médicos piden muchos análisis y exámenes porque temen no estar seguros. Se les enseña a comportarse como si fuera intolerable no estar seguros. Cuanta más información tienen, más confiados se sienten de la validez de sus diagnósticos, aun cuando su confianza en la información no esté justificada. Los pacientes, por su parte, se sienten igual de incómodos con la incertidumbre de sus médicos. Desean saber las cosas de un modo absoluto. Por ejemplo, cuando mis pacientes me preguntan acerca del herpes genital, quieren saber: «¿Cómo lo cogí?», «¿Cómo sé si no se lo voy a contagiar a alguien?». Es absolutamente imposible contestar a estas preguntas con una certeza absoluta.

Tercera creencia: El cuerpo femenino es anormal

Dado que ser hombre se considera la norma en el sistema adictivo, la mayoría de las mujeres interiorizan la idea de que hay algo que está fundamentalmente «mal» en su cuerpo. Se las induce a creer que deben controlar muchos aspectos de su cuerpo y que sus olores y formas naturales son inaceptables. La sociedad ha condicionado a las mujeres a pensar que su cuerpo es esencialmente sucio, que requiere una constante vigilancia de su limpieza y su «frescura», para no «ofender». Por naturaleza, las mujeres tenemos más grasa corporal que los hombres. Además, dada la mejor alimentación en las últimas décadas, en la actualidad somos también más voluminosas que nuestras madres y abuelas. Sin embargo, las modelos de alta costura, que representan nuestro ideal cultural, pesan un 17 por ciento menos que la mujer estadounidense normal. No es de extrañar entonces que la anorexia nerviosa y la bulimia sean diez veces más corrientes entre las mujeres que entre los hombres y que vayan en aumento.[14]

Esta denigración del cuerpo femenino ha sido la causa de que muchas mujeres tengan miedo de su cuerpo y sus procesos naturales o sientan repugnancia por ellos. Muchas, por ejemplo, jamás se tocan los pechos ni quieren saber lo que sienten en ellos, porque tienen miedo de Jo que podrían descubrir. Es posible que se sientan culpables si los tocan, equiparando eso con la masturbación, ya que los pechos son eróticos para los hombres, lo cual es otra señal de cuán completamente hemos cedido nuestro cuerpo a los hombres.

Tanto entre los profesionales de la salud como entre las propias mujeres se ha convertido en norma habitual considerar enfermedades que precisan tratamiento médico incluso funciones corporales tan naturales como la menstruación, la menopausia y el parto. Da la impresión de que la actitud de que nuestro cuerpo es un accidente a la espera de ocurrir se interioriza a una edad muy temprana, y esto dispone el escenario para la relación futura de la mujer con su cuerpo. Dado lo que se nos enseña, no es extraño que la mayoría nos sintamos mal preparadas para relacionarnos con —y confiar en— nosotras mismas. Nos han «medicalizado» el cuerpo desde antes de que naciéramos.

Nuestra cultura teme todos los procesos naturales: nacer, morir, sanar, vivir. Diariamente se nos enseña a tener miedo. Cuando mi hija mayor tenía siete años, estaba un día en el jardín con su padre podando unos arbustos. De pronto comenzó a llorar y entró corriendo en casa con el dedo ensangrentado. Se había hecho un corte con el filo de una hoja del arbusto. Cuando yo tranquilamente le puse el dedo bajo un chorro de agua fría y vi que la heridita era muy pequeña, ella me miró y me dijo lo que yo considero un principio de sanación importantísimo: «Sólo cuando me asusté comenzó a dolerme».

Dado que nuestra cultura venera la ciencia y cree que es «objetiva», pensamos que todo lo que lleva la etiqueta de «científico» tiene que ser cierto. Creemos que la ciencia nos va a salvar. Pero la ciencia, tal como se practica en la actualidad, es un edificio construido con todos los prejuicios del sistema adictivo en general. En realidad no existe el «dato totalmente objetivo»; el sesgo cultural determina qué estudios merecen continuarse y cuáles se han de dejan de lado. Nadie es inmune a esta conducta; todos tenemos nuestras vacas sagradas.

Una vez, en un congreso médico, uno de los ponentes dijo: «La mente humana es un órgano diseñado especialmente para crear anticuerpos contra las nuevas ideas».

Muchos de los procedimientos que se realizan rutinariamente en el cuerpo femenino en particular no se basan en absoluto en datos científicos, sino que tienen su raíz en los prejuicios contra la sabiduría y el poder curativo innatos del cuerpo. Muchos de estos procedimientos tienen su origen en opiniones emocionales sobre las mujeres, provenientes de generaciones anteriores. Ejemplo de esto son las episiotomías que se practican rutinariamente en el parto (el corte del tejido situado entre la vagina y el recto, que supuestamente da más espacio para la cabeza del bebé). Estudios recientes han demostrado que la episiotomía aumenta la hemorragia, el dolor y el riesgo de lesiones perdurables en el suelo pelviano, algo que las comadronas llevan años diciendo. La episiotomía se ha practicado y continúa practicándose en el parto simplemente porque los tocólogos que lo hacen están seguros de que «protege» de lesiones el suelo pelviano. Sólo hace muy poco que se ha comenzado a poner en duda la conveniencia de este procedimiento, cuando los *estudios* han demostrado que no es útil y que incluso puede ser dañino.[15]

Recuperar nuestra autoridad

La verdadera ciencia se basa en la observación, la experimentación y la continua adaptación de los procesos de pensamiento y creencias de acuerdo con los descubrimientos empíricos, y lo mismo puede decirse de la confianza en nuestra guía interior. He acabado por descubrir que me da mucha seguridad comprender que ningún estudio científico puede explicar exactamente por qué ni cómo mi cuerpo en particular actúa del modo como lo hace. Al final sólo es digna de confianza nuestra conexión con nuestra guía interior y nuestras emociones. Esto se debe a que cada uno de nosotros contenemos una multitud de procesos que jamás han existido antes y que no volverán a repetirse. La ciencia debe reconocer sinceramente lo mucho que no sabe y dejar espacio para el misterio, los milagros y la sabiduría de la naturaleza.

Mi padre solía decir: «Los sentimientos son realidades. Préstales atención». Sin embargo, durante mi formación científica me di cuenta con mucha rapidez de que los sentimientos, la intuición, la espiritualidad y todas las experiencias de la vida que no se pueden explicar con la parte lógica y racional de nuestra mente ni se pueden medir con nuestros cinco sentidos, se desatienden o se descartan. El sistema adictivo tiene miedo de las reacciones emocionales, y valora muchísimo el dominio de las emociones, porque está desconectado de ellas. El cuerpo femenino, desde hace milenios asociado a los ciclos y sujeto al flujo y reflujo de los ritmos naturales, se considera particularmente emocional y necesitado de control. Toda nuestra sociedad funciona de maneras que nos mantienen desconectadas de lo que sabemos y sentimos.

En un sistema adictivo, las personas en general y las mujeres en particular nos ponemos a la defensiva y somos propensas a la negación. En mi consulta, por ejemplo, cuando el análisis de sangre de una mujer embarazada revela un elevado nivel de azúcar, casi invariablemente ella defiende sus hábitos alimentarios. Por lo general niega haber comido dulces o cosas no nutritivas, porque le da vergüenza que la hayan «sorprendido» comiendo dulces a escondidas. Se pone en actitud defensiva y piensa que su cuerpo la ha traicionado al revelar un exceso de azúcar en la sangre. Con el fin de poder educarla respecto a la buena alimentación para ella y su bebé y el modo de reemplazar la comida basura por alimentos saludables, primero tengo que vencer su actitud defensiva, lo cual consume un tiempo y una energía que estarían mejor empleados en hablar de su salud general.

Continuar inconscientes de los hábitos que nuestra cultura nos ha hecho adquirir tiene graves efectos emocionales y físicos en nuestro cuerpo y nuestro espíritu. Estos hábitos nos impiden conectar con nuestra guía interior y nuestras emociones, y esta desconexión a su vez nos mantiene en un estado de sufrimiento que va aumentando cuanto más tiempo la negamos. Se requiere mucha energía para seguir desconectada de ese sufrimiento, y muchas veces recurrimos a hábitos culturales, a substancias adictivas, por ejemplo, para evitar enfrentarnos a esa infelicidad y ese dolor.

Casi todo el mundo entiende que el abuso del alcohol y otras drogas lleva a la destrucción física. El 50 por ciento de los casos que atiende mi marido (cirujano ortopédico) en la sala de urgencias están relacionados con el abuso del alcohol. Uno de los cirujanos de nuestro equipo dice: «¡Si no fuera por el tabaco y el alcohol, yo no tendría trabajo!». Lo que muchas personas no entienden, sin embargo, son los igualmente nocivos efectos de los hábitos compulsivos, como trabajar demasiado y comer en exceso, a los que se recurre para evitar o negar los propios sentimientos.

Las adicciones sexuales y de relación tienen implicaciones ginecológicas y conducen a las epidemias de enfermedades de transmisión sexual, como las verrugas venéreas, el herpes genital y el cáncer de cuello uterino. Una de mis pacientes estaba casada con un alcohólico en recuperación y sufría de vaginitis crónica, a

la que yo no lograba encontrar la causa. Finalmente un día comprendió lo que pasaba: «Mi marido lleva años medicándose conmigo, diariamente, en la relación sexual. He comprendido que mi cuerpo es su botella; ha estado usando mi cuerpo y el acto sexual igual que antes usaba el alcohol, y yo pensaba que era mi deber de esposa obedecer».

Mis experiencias en el ejercicio de mi profesión me han llevado a creer que la promoción de la salud y la educación no van a hacer nada por disminuir los gastos en asistencia sanitaria a menos que, como sociedad, reconozcamos la enormidad de nuestros hábitos adictivos y el sufrimiento personal que se esconde tras ellos. Sólo entonces podremos comenzar a participar en nuestra recuperación y a crear salud. Todas las mujeres obesas que conozco tienen muy claro lo que «deben» comer. No necesitan más información sobre nutrición. Antes que nada, necesitan «sentir» el dolor crónico que ese exceso de comida les alivia. Esto sólo podrá ocurrir cuando se responsabilicen de su salud y dejen que su guía interior se imponga, cuando aprendan, en esencia, a confiar en la sabiduría de su cuerpo.

El poder de dar nombre a las cosas

Un primer paso hacia un cambio positivo en la vida o en la salud es dar un nombre a la experiencia actual y permitirse sentirla en su totalidad, emocional, espiritual y físicamente. En los años ochenta fue importantísimo para mí darle nombre a mi adicción relacional. Antes de hacer eso y de comenzar a tomar contacto con mi guía interior, miraba a los demás para que me afirmaran y me dijeran que estaba bien. Seguía el ejemplo de los demás para actuar, sentir y pensar, y siempre me veía a mí misma en relación a otras personas. Creía que si decía que no a alguien que me necesitaba, no sería valorada ni querida.

Llegué a comprender que mi tendencia a rescatar a las personas necesitadas, a ser condescendiente con los demás y a decir que sí a todo el mundo provenía de mi esfuerzo por ejercer una forma de dominio: creía que si hacía todo eso me ganaría su amor. Esto no era bueno ni para mí ni para ellos, ya que ponerme en la posición de salvadora de alguien, en sustitución de su propio poder superior *y su guía interior,* hacía que esta persona continuara desconectada de sus propias fuerzas. En realidad, mi comportamiento servía para crear víctimas que me necesitaban. Ahora sé que este comportamiento era una adicción relacional, y así lo llamo. Ahora, cuando alguien dice que me necesita, espero, analizo la situación y oigo qué me dice mi guía interior antes de decidir cómo responder.

Una de las características más corrientes de la gente en nuestra sociedad adictiva es la dependencia. Schaef escribe: «La dependencia es un estado en el cual suponemos que alguien o algo exterior va a cuidar de nosotros porque no somos capaces de hacerlo nosotros mismos. La persona dependiente confía a otros la satisfacción de sus necesidades emocionales, psíquicas, intelectuales y espirituales».[16] Durante siglos las mujeres han confiado a los hombres la satisfacción de sus necesidades económicas (no es que tuvieran mucha elección, ya que en todo ese tiempo han sido poseídas como una propiedad), mientras que los hombres han confiado a las mujeres la satisfacción de sus necesidades emocionales. Una de mis pacientes comentó acerca de su anterior matrimonio: «El pacto era que él ganaría el dinero y yo me encargaría de las emociones». Clarissa Pinkola Estes señala que uno de los motivos de que las mujeres hayan estado tan desconectadas de sus instintos creativos es que se han pasado mucho tiempo socorriendo a los que han estado en la guerra, ya sea en el campo de batalla o en las empresas.[17]

El problema de esta manera de relacionarse con los demás es que impide la verdadera intimidad, que sólo se puede dar en una relación de compañerismo, no en una relación basada en una mutua dependencia. Mis padres una vez me advirtieron: «Si un hombre te dice "Te necesito", escapa a toda prisa». Es un buen consejo.

Dar un nombre a las características adictivas de nuestra vida cotidiana nos ofrece una manera de salir del trance inducido culturalmente que afecta a todas las mujeres: la definición cultural de una mujer «buena», la que satisface las necesidades de todo el mundo menos las suyas. Cuando identifiques intelectualmente una experiencia, toma conciencia de cómo la sientes en el cuerpo. Permítete sentirla físicamente. Si no, ni tu comportamiento ni tu salud van a cambiar. *Una vez que con plena conciencia damos nombre a una experiencia y la interiorizamos, física y emocionalmente, ya no puede afectarnos inconscientemente.* Entonces comenzamos a ver cómo hemos influido en nuestros problemas y los hemos perpetuado. Identificar algo que nos ha afectado de modo adverso forma parte de nuestra liberación de su continua influencia. Muchas veces la sanación no puede comenzar mientras no nos permitimos sentir lo malas que son las cosas (o han sido en el pasado). Hacer esto libera energia emocional y física que ha estado acumulada, estancada, negada o inadvertida durante muchos años. Cuando podemos permitirnos sentir exactamente lo que sentimos, sin juzgarlo, comenzamos a liberar

nuestra energía. Sólo entonces podemos avanzar hacia lo que deseamos. El cuadro 1 te servirá para identificar y dar nombre a tus características adictivas.

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA ADICTIVO

Característica	*Definición*	*Ejemplos*
La acusación	Creer que alguien o algo exterior a nosotras es la causa de lo que sea que nos suceda.	«No puedo evitar ser así: mi madre era alcohólica.» «Me casé con un hombre absolutamente incapaz de tener una relación íntima.»
La negación	Estar desconectada de los propios sentimientos, necesidades u otra información.	«Mis padres no eran alcohólicos; sólo bebían mucho por motivos sociales.» «Hay una tenue línea entre beber demasiado y ser alcohólica.» «No sé por qué he engordado diez kilos; jamás como algo que no sea sano.»
La confusión	Falta de claridad respecto a una situación o a las propias emociones.	«Jamás nadie me cuenta nada.» «Nunca sé qué pasa aquí.»
El olvido	Quitarse algo de la mente, dejar de notarlo.	Olvidar citas, las llaves del coche, las pertenencias personales, las necesidades corporales.
El modelo de la escasez	Creer que hay una cantidad limitada de todo lo que es deseable: amor, dinero, hombres, felicidad.	«Si tengo éxito, otra persona tiene que sufrir.» «No está bien reconocer que se invierte tiempo o dinero en una misma.»
El perfeccionismo	Tener una necesidad extrema de orden externo para encubrir un caos interno.	Implacable persecución de un cuerpo, una casa, una pareja o un trabajo perfectos.

Característica	*Definición*	*Ejemplos*
La ilusión de control o de objetividad	Temer los propios sentimientos y necesidades, y crearse la ilusión de autocontrol; separarse de las emociones y creer que es posible ser totalmente objetiva y fría.	«Si lograra encontrar el medicamento adecuado, me libraría de estos ataques de pánico.» «Justo antes de la regla me convierto en otra persona. Soy como el Dr. Jekyll y Mr. Hyde; no soy yo.» «Hoy está muy elevado el nivel de ozono; quédate en casa.»
El negativismo	Ver la vida desde el punto de vista de la carencia.	«Siempre cojo todas las epidemias.» «Ahora que ya he cumplido los cuarenta, todo va a comenzar a desmoronarse.» «No te puedes permitir eso, es demasiado caro.»
La dependencia	Creer que alguien o algo exterior va a cuidar de nosotras porque no somos capaces de cuidarnos solas.	«No puedo dejar a mi marido. ¿Quién me va a mantener?» «No puedo vivir sin él.»
La orientación hacia la crisis	Aprovechar o crear una crisis externa como manera socialmente aceptable de apartarse de los propios sentimientos.	«No hay duda de que ansiamos el próximo trauma múltiple; nos pone en marcha.» (Enfermera de una sala de urgencias.)
La actitud defensiva	Ser incapaz de aceptar comentarios y de hacer modificaciones positivas.	«¿Quién eres tú para decirme que mis problemas premenstruales tienen relación con mi familia? Tuve una infancia perfecta.»

Característica	*Definición*	*Ejemplos*
La falta de sinceridad	No decir la verdad.	«¿Que necesito un descanso? Me siento estupendamente.» «No fue tan terrible; puedo arreglármelas.»
El pensamiento dualista	Creer que sólo hay dos opciones: una es la correcta o buena, la otra es la equivocada o mala.	«Las vitaminas y las hierbas son buenas; los medicamentos y la cirugía son malos.»

Fuentes: Anne Wilson Schaef, *When Society Becomes an Addict*, Harper & Row, Nueva York, 1987, pág. 72; Anne Wilson Schaef y Diane Fassel, *The Addictive Organization*, Harper & Row, Nueva York, 1988.

Una de mis pacientes tenía un herpes vulvovaginal crónico y doloroso que no respondía a la terapia vigente de medicamentos y tampoco a terapias alternativas, tales como cambios dietéticos. Después de tres años de intentar infructuosamente detener los recurrentes brotes, llegó a la siguiente conclusión: «Tal vez lo único que necesito es andar por ahí diciendo que me duele la vagina. Nunca pude decirle eso a mi madre cuando era niña». Desde el momento en que dijo en voz alta esa verdad, comenzó a sanar. Me contó que su padre había abusado sexualmente de ella durante años y que su madre nunca la creyó. Capa tras capa, comenzó a descubrir sus heridas, a darles nombre y a sanar. Con mucha compasión por sí misma, reconoció el dolor de su pasado y progresó, dejando de criticarse a sí misma y de criticar a sus padres. Mientras lo hacía, fue disminuyendo poco a poco el dolor a la vez que empezaba a prosperar su vida creativa de escritora. Actualmente ya no tiene brotes de herpes.

Llamar «sistema adictivo» a nuestra sociedad y llamar «adicciones» a nuestros comportamientos dentro de este sistema ha sido para mí una fuerza importante para crear salud en mi vida y ayudar a cada una de mis pacientes a crearla en la suya.[18] El sistema adictivo en general no podría continuar si hubiera suficientes personas que llegaran a comprender cómo actúa en su vida, le dieran nombre y cambiaran su comportamiento conforme a ello. El sistema adictivo en su conjunto actúa con las mismas características de cada persona dentro del sistema. Así, el adicto refleja el sistema y el sistema refleja al adicto.[19] Yo observo características del sistema adictivo en mí, en mis pacientes, en mi lugar de trabajo y en mi profesión. Pero la medida en que una advierte estas características en sí misma, les da nombre y luego decide cambiar ese comportamiento es el grado en el cual está sana. A medida que hagamos individualmente este trabajo, la sociedad en su conjunto irá sanando.

Si no me hubiera creado una vida en la cual mi familia, mis colegas y mis seres queridos comparten este punto de vista, olvidaría con regularidad mis necesidades personales y me quemaría debido a lo que yo llamo «adicción relacional», lo que la sociedad llama «ser buena persona» (o médica, madre, enfermera, esposa o hermana). Me he rodeado de colegas y amigas que están también comprometidas a vivir en armonía. Llevamos a cabo nuestro trabajo con la intención de que cada una se responsabilice de sus sentimientos y de su vida, dando y recibiendo apoyo cuando es necesario. Eso significa que mis colegas me llaman la atención en el momento en que mi comportamiento es autodestructivo, por ejemplo cuando no soy sincera al decir que haré un turno un día festivo (sólo por ser amable), siendo así que había hecho planes para salir fuera de la ciudad.

En parte, crear salud es permitir que los demás pasen por sus propios procesos de aprendizaje. Nadie puede crearle salud a otra persona. He comprendido que no tengo las respuestas para todo el mundo, como tampoco las tiene nadie más. Sólo la propia persona puede acceder a su guía interior cuando está preparada. Después de años de pensar que tenía la responsabilidad de tener todas las respuestas para los demás a expensas de mí misma, ya no trato de convencer a nadie de nada.

Muchas mujeres no tienen un trabajo o una familia que apoye su salud. Pero si un número suficiente de mujeres aprendemos a valorarnos, identificamos y damos nombre a nuestros comportamientos adictivos y

nos comprometemos a vivir en plenitud y alegría, nuestras circunstancias y nuestro trabajo comenzarán a cambiar. Los pensamientos y la conciencia influyen profundamente en nuestra vida personal.

Identificar y sanar el dolor emocional y sus consecuencias físicas Nuestros pensamientos y emociones tienen un efecto tan profundo en nosotros porque están físicamente ligados a nuestro cuerpo a través de los sistemas inmunitario, endocrino y nervioso central. Todas las emociones tienen efectos físicos, incluso aquellas que se reprimen y no se expresan. Las emociones no expresadas tienden a «quedarse» en el cuerpo como pequeñas bombas de tiempo: son enfermedades en incubación.

Una cultura que no apoya a las mujeres prepara el camino para los problemas de salud, porque el contexto de la vida de una mujer contribuye enormemente al estado de su salud. Millones de mujeres sufren de dolor pelviano crónico, vaginitis, quistes ováricos, verrugas genitales, endometriosis y displasia cervical (células anormales detectadas en una citología), todas enfermedades de órganos que son exclusivamente femeninos. Estas enfermedades son el lenguaje que utiliza nuestro cuerpo para hablarnos. Por medio de ellas, nuestro cuerpo nos dice que necesitamos sanar de una herida más profunda, con frecuencia inconsciente: la de que nunca valemos lo suficiente y que en cierto modo estamos sucias.

Una ejecutiva de 41 años vino a verme porque tenía unos molestos sofocos. Estaba tomando una dosis de estrógenos que era cuatro veces la normal y no sentía ningún alivio. Además de estar relacionados con la reducción de los niveles de estrógeno, los sofocos son un problema neuroendocrino y aumentan con el estrés. Cuando se está estresada, la frecuencia y la intensidad de los sofocos aumenta, de modo objetivo y subjetivo. Hacía dos años que a mi paciente le habían practicado una histerectomía y extirpación de los ovarios a raíz de una grave endometriosis, y ya no veía alivio posible. Le llevó dos años contarme que cuando tenía seis el dependiente de una tienda de caramelos la acosó sexualmente en el sótano de la tienda. Cuando le sucedió eso, se sintió paralizada, incapaz de hablar. «Simplemente me paralicé. Me dijo que nunca se lo contara a nadie, porque si lo decía no me iban a querer. Me sentí terriblemente avergonzada». El día que me lo contó, todavía se sentía como si hubiera hecho algo malo y ella fuera mala. Después me contaría que ese día salió de la consulta segura de que al saber yo la verdad sobre ella jamás volvería a apreciarla.

Mi paciente atribuye su historial médico a ese abuso sufrido en su infancia. El dolor fue empeorando y empeorando en su vida adulta hasta que le practicaron la histerectomía. En realidad, la histerectomía fue una bendición para ella, según me diría después, porque fue el comienzo de su viaje interior y de una sanación más profunda. El cuerpo suele intentar redirigir nuestra atención hacia el «escenario del crimen», para ayudarnos a sanarlo.

Esta paciente, tratando de redimir «el pecado original de ser mujer» y el sufrimiento emocional resultante de él, realizaba dos trabajos desde que acabó sus estudios, se había sacado un máster en gestión de empresas y tenía mucho éxito en su profesión. Se había entregado al trabajo, a la lucha por el éxito y a obtener más títulos como una manera de «demostrarse su valía» y evitar conectar con ese sufrimiento emocional de su infancia y la sensación de ser indigna y mala. Esa creencia nacía directamente del sistema adictivo y estaba reforzada por él. Aún no había sido capaz de derramar ni una sola lágrima por su experiencia, una liberación emocional que yo creo que la ayudará cuando esté preparada.

Estoy de acuerdo con mi paciente en que las semillas de sus problemas físicos fueron plantadas por sus traumas emocionales. No quiero decir con esto que el abuso sexual sufrido en su infancia fuera la «causa» de la endometriosis ni del dolor pelviano crónico. Lo que quiero decir es que ese abuso, común a tantas de mis pacientes, estableció un patrón de molestias en su «cuerpomente». Y la única manera en que podía comenzar a sanar era volver a esa experiencia, expiarla y exorcizarla para expulsarla de su vida.

Solamente conectando con lo que sentimos en el cuerpo podemos valorar nuestra guía interior. Sin embargo, esperamos que nuestras escuelas nos digan lo que vale la pena aprender, que nuestros gobiernos se encarguen de nuestras comunidades y que nuestros médicos nos inmunicen contra los gérmenes de más reciente aparición. Se nos enseña que todo irá bien si nos atenemos a las reglas. Una de nuestras pacientes, que hace poco enfermó de cáncer vulvar, dijo: «No logro entender cómo sucedió esto. Cada año he venido para el examen médico, me he hecho las citologías normales, y de todas maneras contraigo cáncer». Como esta paciente, solemos creer que los análisis nos van a impedir enfermar.

Cuando mi hija menor comenzó su primer año de escuela, el primer día de clase le dijeron cuáles eran las horas aceptables para que los alumnos fueran al lavabo. Yo entré en la clase y le dije a su maestra que en mi consulta veo a mujeres adultas con estreñimiento y problemas urinarios que no pueden ir de vientre en los lavabos públicos debido a que «reglas» como ésa, impuestas en su casa y en la escuela, les dañaron su capacidad de saber cuándo su cuerpo necesita realizar una función normal, y que no quería que le ocurriera eso a mi hija. Puse especial cuidado en que mi hija oyera mi conversación con su maestra para que se sintiera apoyada y fuera al lavabo cuando necesitara ir.

Sanar significa dejar atrás las heridas

No podemos crearnos un mundo nuevo mientras el sistema adictivo viva dentro de nosotras. Si no nos fijamos en cómo colaboramos diariamente con el sistema que nos está destruyendo, estamos en peligro de actuar según la modalidad de la víctima perpetua, siempre culpando a los demás de nuestros problemas. Más o menos como la mujer maltratada que finalmente se marcha porque un día comprende que si se queda se va a morir, cada una de nosotras debe reconocer cuándo y dónde estamos colaborando con nuestra propia opresión.

Una de mis amigas, que fue educada en el catolicismo en los años cincuenta, explica los efectos de la confesión en su cuerpo:

> Recuerdo que a los siete años comencé a tener que ir a confesarme, a buscar delitos y faltas en mi conciencia y a sentirme atrapada en el terrible dilema de tener que decir lo indecible: ¿Quién tiene palabras para expresar la curiosidad sexual, la masturbación? Además, ¿eran capaces de eso las demás niñas? ¿Era yo la única que me encontraba en ese dilema? En una tarjeta de plástico que nos daban para ayudarnos en el proceso de la confesión, se decía que estas debilidades entraban en la categoría de «pensamientos y actos impuros». Incluso con esta versión saneada, yo no podía confesar las dimensiones sensuales de mí misma a un hombre medio oculto detrás de las rejillas del confesionario, cuyo aliento olía a tabaco y alcohol. Pero sin una confesión completa no estaba permitido tomar la Sagrada Comunión, y si una lo hacía sería condenada al infierno con un pecado mortal en el alma. (Era como si te hicieran entrar y salir del infierno.) Ese fue mi primer encuentro con un problema ético.
>
> Así pues, inconsciente e ingeniosamente, yo me inventé un escape. Cuando estaba en los comienzos de la adolescencia, alrededor de los once años, comencé a desmayarme sistemáticamente durante la misa, justo antes de la comunión. Tenían que sacarme de la iglesia y allí, en las gradas de la entrada, recuerdo que podía respirar, oír a los pajaritos y sentir el sol. Esto continuó así durante un año. No tenía ningún control sobre esas sesiones de desmayos. Me producían vergüenza y me desconcertaba lo que hacía mi cuerpo: sudores fríos, zumbidos en los oídos y la inevitable oscuridad que se cerraba sobre mí. (Desde entonces siempre me he sentido oprimida en el recinto de una iglesia.) Las intolerables y contradictorias exigencias sencillamente me hacían perder el conocimiento.[20]

A muchas mujeres nos han hecho perder el conocimiento las contradictorias exigencias de nuestra cultura. Y muchas de nosotras estamos despertando del desmayo. Casi siempre se estimula la sanación de trastornos como el dolor pelviano, el síndrome premenstrual y el síndrome de la fatiga crónica, causados por cuidar de demasiadas personas, cuando comprendemos que no estamos solas en nuestro sufrimiento y que nuestros problemas se dan en un contexto cultural que no suele apoyarnos. Recuperar la salud y aprender a crearnos una buena salud cotidianamente supone llamar a nuestras experiencias por su nombre, por doloroso que sea, y luego comprender que el motor de nuestra vida se encuentra dentro de nosotras, independientemente de nuestro pasado.

Si bien es extraordinariamente útil tener un médico o profesional de la salud que reconozca la conexión mente-cuerpo, es aún más importante que comprendamos que nuestro cuerpo y sus síntomas forman parte de nuestra guía interior. Podemos liberarnos de nuestra excesiva dependencia del sistema médico viendo de qué maneras nuestras creencias y nuestro comportamiento perpetúan las partes de este sistema que no nos ayudan a crear salud. Si continuamos pensando que nuestras enfermedades y nuestros síntomas, como la endometriosis, los miofibromas y el síndrome premenstrual, son problemas «simplemente médicos» y no están relacionados con otras partes de nuestra vida, participamos en el sistema adictivo de la asistencia médica y de ese modo lo perpetuamos.

Por otra parte, cuando aprendemos a sintonizar con el lenguaje de nuestro cuerpo, somos más capaces de tomar decisiones informadas respecto a los exámenes médicos y las técnicas de la medicina, lo cual puede llevar a relaciones más satisfactorias con las personas que nos atienden en materia de salud. Hemos de comenzar a confiar en nosotras mismas y en nuestras experiencias tanto como confiamos en los informes de laboratorio. Una de mis pacientes, cuyos periodos menstruales eran muy infrecuentes, se dio cuenta de que siempre le venía la menstruación cuando estaba «enamorada». Llegó a convencerse de que no necesitaba tantos análisis hormonales cada vez que dejaba de tener la menstruación durante varios meses, y en su lugar se interesó por el significado oculto de sus menstruaciones y qué emociones estaban relacionadas con ellas. Trabajar en colaboración con este tipo de mujeres es para mí una verdadera alegría, y para otras médicas tam-

bién. Tanto la médica como la paciente reconocemos nuestras zonas de conocimiento, nuestras zonas de ignorancia y lo desconocido que hay más allá.

CUADRO 2
EL CUERPO COMO PROCESO
Y EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

El cuerpo como proceso	El punto de vista médico
• El cuerpo femenino refleja la naturaleza y la tierra.	• El cuerpo de la mujer y sus procesos son incontrolables e indignos de confianza. Requieren un control externo.
• Los pensamientos y las emociones influyen en el cuerpo por medio de los sistemas inmunitario, endocrino y nervioso. Son acontecimientos bioquímicos.	• Los pensamientos y las emociones están totalmente separados del cuerpo físico.
• Los aspectos físico, emocional, espiritual y psíquico de una persona están íntimamente ligados y no se pueden separar.	• Es posible dividir a una persona en compartimientos totalmente separados y que no se relacionan entre sí.
• La enfermedad forma parte del sistema de guía interior.	• La enfermedad es un acontecimiento fortuito que simplemente ocurre. Es muy poco lo que puede hacer una mujer para prevenirla.
• El cuerpo crea salud diariamente. Es un autosanador innato.	• El cuerpo siempre es vulnerable a los gérmenes, las enfermedades y el deterioro.
• La enfermedad se previene mejor viviendo totalmente de acuerdo con nuestra guía interior a la vez que se crea salud diariamente.	• La prevención de la enfermedad no es posible en este sistema. La denominada «prevención» es en realidad una exploración para detectar la enfermedad.
• Esta postura implica vivir la vida plenamente. Se centra en lo que va bien sin negar la muerte.	• A esta postura le interesa evitar la muerte a toda costa. Sólo se centra en lo que puede ir mal.
• El verdadero yo no muere.	• La muerte se considera un fracaso y el final.

Mientras lees este libro ten presente que todas tenemos opciones, y que todas tenemos una guía interior y una ayuda espiritual disponible que puede orientarnos para avanzar hacia la salud, la alegría y la plenitud. Recuperarse del sistema adictivo significa aprender a vivir plenamente desde dentro hacia fuera en una cultura que suele negar este modo de ser en el mundo. Nuestro cuerpo y sus síntomas son nuestros mejores aliados en esta empresa, porque nada nos llama la atención con tanta rapidez. Nuestro cuerpo es un maravilloso barómetro de lo bien que estamos viviendo en el presente y cuidando de nosotras mismas.

Germaine Greer dijo hace poco en una entrevista acerca de su libro *The Change:*[*] «Nadie sabe cómo sería una mujer sana. ¿Cómo se puede tratar a una mujer si no se sabe qué es ser mujer?». He visto a mujeres sanas y me estoy convirtiendo en una. Estoy comenzando a saber cómo es estar bien, y el primer paso es abrazar nuestro cuerpo. Imagínate sana, completa, curada y profundamente conectada con la sabiduría de tu cuerpo femenino. ¿Cómo te sientes? ¿Qué sabes en el fondo, en la médula misma de tus huesos? Nada es más emocionante que saber que nuestro cuerpo y nuestros sentimientos son un *camino* despejado *y* abierto hacia nuestro destino.

La inteligencia femenina y una nueva modalidad de sanación

Al final descubro que no puedo separar el cerebro del cuerpo. La conciencia no está sólo en la cabeza. Ni tampoco se trata de que la mente domine al cuerpo. Si tomamos en cuenta el ADN que dirige el baile de los péptidos, el cuerpo es la manifestación exterior de la mente.

[*] Hay traducción al castellano: *El cambio: mujeres, vejez y menopausia,* Anagrama, Barcelona, 1993. *(N. del E.)*

2
La inteligencia femenina y una nueva modalidad de sanación

> Al final descubro que no puedo separar el cerebro del cuerpo. La conciencia no está sólo en la cabeza. Ni tampoco se trata de que la mente domine al cuerpo. Si tomamos en cuenta el ADN que dirige el baile de los péptidos, el cuerpo es la manifestación exterior de la mente.
>
> Dra. Candace Pert, ex jefe de bioquímica del cerebro
> del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos

La mente y el cuerpo están íntimamente ligados a través de los sistemas inmunitario, endocrino y nervioso central. En la actualidad, los estudios sobre la relación entre la mente y el cuerpo están confirmando lo que las antiguas tradiciones de curación han sabido siempre: que el cuerpo y la mente son una unidad. No hay ninguna enfermedad que no sea mental y emocional además de física.

Campos energéticos y sistemas de energía

Los seres humanos estamos hechos de energía y estamos sustentados por ella. Nuestro cuerpo es un campo de energía siempre cambiante y dinámico, no una estructura física estática. Es un holograma en el cual cada parte contiene información sobre el todo. Por la física cuántica sabemos que en el nivel subatómico, la materia y la energía, que también se puede llamar espíritu, son intercambiables. La mejor expresión de esto que he oído es que la materia es la forma de espíritu más densa, y el espíritu la forma de materia más ligera. Podemos considerar que nuestro cuerpo es una manifestación de energía espiritual. Nuestra mente y nuestros pensamientos cotidianos forman parte de este espíritu y tienen un efecto bien documentado sobre la materia y nuestro cuerpo.

Los factores psíquicos y emocionales influyen enormemente en la salud física, porque las emociones y los pensamientos van siempre acompañados por reacciones bioquímicas en el cuerpo. El continuo mente-cuerpo sólo se puede entender correctamente cuando nos comprendemos como un sistema energético siempre cambiante que es influido por la energía que lo rodea y también influye en ella. No acabamos en nuestra piel.

Aunque no podemos ver la energía que nos conforma y sustenta, es sin embargo una parte vital de nosotros. Es la fuerza vital que hace que nuestro corazón lata y nuestros pulmones respiren incluso cuando estamos dormidos. Cualquiera que haya tenido la experiencia de ver morir a una persona te dirá que algo cambia después del momento de la muerte. Aunque el cuerpo físico sigue presente, la persona que conocimos ya no está allí.

Los campos energéticos interaccionan dentro de una persona. También interaccionan entre una persona *y* otra, y entre una persona y el mundo en general. Estas interacciones, cuya existencia está bien documentada, son importantes para el crecimiento humano y el desarrollo sano a lo largo de toda la vida. Por ejemplo, en un estudio realizado en la Universidad de Miami *con* bebés prematuros de igual peso, se comprobó que aquellos a los que se acariciaba regularmente aumentaban de peso a una velocidad un 49 por ciento mayor que los bebés que no eran acariciados (ambos grupos de bebés fueron alimentados con la misma cantidad exacta de *alimento).* Al cabo de ocho *meses, los* bebés acariciados estaban más desarrollados en estatura y tamaño de la cabeza y tenían menos problemas neurológicos que los del grupo de control.[1] Los bebés a los que no se los acaricia y acuna, aunque se los alimente bien y se los cuide físicamente, corren un gran riesgo de morir *debido* a lo que *un* evasivo diagnóstico denomina «fallo en el desarrollo».[2]

Numerosos estudios han demostrado que incluso los accidentes, que consideramos sucesos «fortuitos», tienen relación con el estado emocional y psíquico (o campo energético) de las «víctimas». Varios estudios indican que las personas propensas a los accidentes tienen ciertos rasgos de personalidad, como impulsividad, resentimiento, agresividad, dependencia con necesidades insatisfechas, depresión, tristeza, soledad y aflicción no resuelta, entre otros. Tienden a castigarse cuando sienten rabia contra otras personas. Así pues, en el lenguaje de los sistemas energéticos, parece ser que el campo energético de la persona «propensa a los acci-

dentes» interacciona con el campo energético del medio ambiente de una manera que aumenta su probabilidad de sufrir accidentes.

Está claro que las interacciones humanas tienen profundos efectos en la salud. Estos efectos pueden ser positivos o negativos, dependiendo del estado de ánimo de las personas implicadas en esas interacciones. Cuando comencemos a comprendernos como campos de energía poseedores de la capacidad de influir en la calidad de nuestras experiencias, comenzaremos a conectar con nuestra capacidad innata para sanarnos y crearnos una buena salud todos los días de nuestra vida.

Nuestro cuerpo está influido y de hecho estructurado por nuestras creencias. Muchas de estas creencias las heredamos de nuestros padres y de las circunstancias en las que fuimos criados y educados. Estudios científicos realizados por el epidemiólogo Leonard Sagan subrayan esto y demuestran que la clase social, la educación, las habilidades vitales y la cohesión de la familia y la comunidad son factores claves en la determinación de la esperanza de vida. De todos estos factores, sin embargo, la educación ha demostrado ser el más importante. Un repaso de «todos» los datos epidemiológicos importantes deja claro que los principales determinantes de la salud «no son» la vacunación, la dieta, el consumo de agua ni los antibióticos. En realidad, la espectacular baja en los índices de mortalidad por enfermedades infecciosas producida a comienzos de este siglo se inició mucho antes del uso rutinario de la penicilina y los antibióticos. *La esperanza, la autoestima y la educación son los factores más importantes en la creación diaria de salud,* sea cual sea nuestra historia y el estado de salud que hayamos tenido en el pasado.[3] El estado emocional influye incluso en las enfermedades. La doctora Jeanne Achterberg ha demostrado que el curso que va a seguir un cáncer se puede pronosticar mejor por variables psíquicas, como la esperanza, que por mediciones médicas.[4] Siempre tenemos en nuestro interior el poder para educarnos más acerca de lo que nos va a ayudar a sanar y a crearnos una buena salud.

Una de mis pacientes me dijo: «Mientras venía a la consulta tuve un relámpago de comprensión. Cuando era pequeña, la única manera de atraer la atención de mi madre era enfermándome. Así pues, tuve muchas fracturas de huesos, después cáncer y ahora una citología anormal. Hoy acabo de darme cuenta de que ya no necesito enfermar para atraer su atención». Añadió que en el momento de tener esa revelación en el coche, apareció el sol por entre las nubes, reforzándosela con su resplandor.

Comprensión del «cuerpomente»

La comunidad médica está comenzando a ver a los pacientes como seres físicos que se renuevan constantemente. Nos estamos enterando de que el cuerpo es como un río de información y energía, y que cada una de sus partes tiene una comunicación dinámica con todas las demás. Estudios por radioisótopos han demostrado, por ejemplo, que los glóbulos rojos se renuevan cada 28 días, y que cada seis meses regeneramos todas las células de nuestro hígado. En esta continua reestructuración de nuestro cuerpo físico, cada día tenemos la oportunidad de crearnos una buena salud.

Aunque cada uno de nosotros es bombardeado diariamente por millones de estímulos, nuestro sistema nervioso central y los órganos de nuestros sentidos funcionan de tal manera que seleccionan y *procesan solamente aquellos estímulos que refuerzan lo que ya creemos de nosotros mismos.* Un experimento ganador del Premio Nobel subraya la importancia de este concepto. Los científicos criaron gatos en un ambiente que sólo contenía líneas horizontales, tanto en sus jaulas como en el recinto donde estaban. Cuando llegaron a la edad adulta, los colocaron en un ambiente normal, y los gatos comenzaron a chocar con todo lo que tuviera líneas verticales; literalmente, «no veían» nada que fuera vertical. Lo mismo, a la inversa, les ocurrió a unos gatos que fueron criados en un ambiente en el que sólo había líneas verticales. Cuando fueron adultos, chocaban con todo lo que era horizontal. Esto también lo podemos aplicar a las personas. Por ejemplo, las mujeres que fueron maltratadas en su infancia suelen ser mucho más propensas a ser repetidamente maltratadas de adultas. Han sido condicionadas a ser maltratadas y les resulta difícil reconocer a las personas afectuosas y los ambientes de cariño. Como adultos, nuestro sistema nervioso funciona para reforzar lo que experimentamos en nuestros primeros años, a no ser que cambiemos conscientemente los efectos de esa programación infantil. Las semillas de muchas enfermedades posteriores se siembran en nuestra infancia y después son abonadas regularmente por nuestras creencias y nuestros pensamientos, que esperan que se repitan esas experiencias.

La ciencia de la conexión mente-cuerpo, o psiconeuroinmunología, nos sirve para explicar cómo afectan al cuerpo las circunstancias de nuestra vida. La psiconeuroinmunología y las investigaciones relacionadas demuestran que los sutiles campos electromagnéticos de fuera y de dentro del cuerpo forman un vínculo importantísimo entre las heridas culturales, las que llamamos «psíquicas» y «emocionales», y los problemas ginecológicos u otros que tenemos las mujeres, los que llamamos «físicos».

Muchas mujeres que han sobrevivido al abuso sexual en la infancia, *por* ejemplo, se divorcian de su cuerpo. Algunas se sienten en su cuerpo *sólo* del cuello hacia arriba. Una paciente mía, que tenía continuos inicios *de* regla a destiempo, me dijo: «No quiero ni pensar en nada de lo que tengo bajo la cintura. Odio esa parte de mi cuerpo; ojalá me desapareciera». Esta fue una importante comprensión para ella; indicaba dónde necesitaba avanzar un paso hacia la sanación. Esos continuos goteos menstruales le llamaban la atención hacia una parte no reconocida de su cuerpo que necesitaba sanar. Una de mis socias a veces pide a sus pacien*tes* que se dibujen a sí mismas. Una de ellas, que sufría de dolor crónico *de* pelvis, hizo su autorretrato sólo de la cintura para arriba. Mi socia le *hizo* ver que tal vez su pelvis quería atraer su atención mediante el dolor. *¡No* la tomaba en cuenta!

Si la ciencia de la conexión mente-cuerpo nos sirve para explicar cómo nuestras heridas emocionales y psíquicas se convierten en físicas, también apoya nuestra capacidad para sanar de esos trastornos. Todo malestar, toda curación del malestar y toda creación de salud son al mismo tiempo físicos, psíquicos, emocionales y espirituales.

Hasta hace muy poco tiempo, los científicos creían que la información pasaba linealmente por el sistema nervioso de nervio a nervio, igual *como* en un cable eléctrico. Pero ahora sabemos que los órganos corporales se comunican directamente con el cerebro y viceversa, mediante mensajeros llamados «neuropéptidos». Estos neuropéptidos llevan men*sajes* entre las neuronas; entonces las moléculas receptoras de neuropép*tidos* reciben estos mensajes activados por las emociones y los pensamientos para ser liberados. Se creía que las sedes celulares de receptores *de* neuropéptidos sólo estaban situadas en los tejidos cerebrales y ner*viosos.* Pero ahora sabemos que esas sedes receptoras se encuentran por *todo* el cuerpo. La doctora Candace Pert y otros investigadores han descubierto que estas substancias químicas del sistema nervioso cerebral *aterrizan* en sedes receptoras situadas, además de en las neuronas, en las células de los sistemas endocrino e inmunitario, y las activan. Y no sólo *eso,* sino que órganos corporales como los riñones y los intestinos tam*bién* poseen sedes receptoras de esas substancias químicas cerebrales. Es*tas* substancias químicas forman parte del modo en que los pensamientos *y las* emociones afectan directamente al cuerpo físico.

Los órganos físicos no sólo contienen sedes receptoras de las substancias neuroquímicas de los pensamientos y las emociones, sino que, junto con el sistema inmunitario, también *ellos pueden fabricar esas mismas substancias químicas.* Lo que esto quiere decir es que todo el cuerpo siente y expresa emociones; todas nuestras partes «piensan» y «sienten». Los glóbulos blancos, por ejemplo, pueden producir substancias analgésicas semejantes a la morfina, y contienen a su vez sedes receptoras de estas mismas substancias. Esto da a la persona la capacidad de regular su dolor sin medicamentos. Si bien no se han estudiado concretamente los órganos femeninos, estoy segura de que los tejidos del útero, de los ovarios y de las mamas fabrican las mismas substancias neuroquímicas de los pensamientos y las emociones que fabrican el cerebro y los demás órganos. Las hormonas, por ejemplo, son moléculas mensajeras que llevan emociones y pensamientos. Las células inmunitarias también tienen receptores de neuropéptidos o moléculas mensajeras. Los ovarios, y probablemente también el útero, fabrican estrógeno y progesterona, hormonas que son también neurotransmisores que afectan a las emociones y los pensamientos. Y estos órganos tienen asimismo sedes receptoras que reciben mensajes del cerebro y del sistema inmunitario. Es fácil entonces comprender que cuando estamos tristes, nuestros órganos femeninos «se sienten» tristes, y sus funciones se ven afectadas.

Nuestros pensamientos, nuestras emociones y nuestro cerebro se comunican directamente con nuestros sistemas inmunitario, nervioso y endocrino y con nuestros órganos. Además, si bien estos sistemas corporales se estudian y se consideran por separado, en realidad son aspectos del «mismo» sistema. Si el útero, los ovarios, los glóbulos blancos y el corazón fabrican las mismas substancias químicas que fabrica el cerebro cuando piensa: «¿En qué parte del cuerpo está la mente?». La respuesta es: «La mente está situada en todo el cuerpo».[5]

Es necesario ampliar considerablemente todo nuestro concepto de lo que es «la mente». *Ya no se puede seguir pensando que la mente se reduce al cerebro o al intelecto; existe en todas las células de nuestro cuerpo.* Todos nuestros pensamientos y todas nuestras emociones tienen sus equivalentes bioquímicos. Una de mis colegas dice: «La mente es el espacio que hay entre las células». Así pues, ¿estás preparada para escuchar cuando te hable esa parte de tu mente que es tu útero, con el lenguaje del dolor o de una hemorragia menstrual excesiva?

Vino a verme una abogada de 35 años, casada, que había comenzado a tener pérdidas entre las menstruaciones. Cuando le pregunté cómo le iba la vida, me contestó irritada: «Creo que este problema

es médico». Con eso quiso decirme que el problema era puramente físico y no estaba relacionado de ninguna manera significativa con el resto de su vida. Amablemente le expliqué que le habría preguntado lo mismo si se hubiera fracturado una pierna, y le hice ver que todos los síntomas son «físicos». Entonces ella se calmó y me contó la verdad. Hacía poco había tenido una aventura extraconyugal y se sentía culpable; además, tenía miedo de haber contraído alguna enfermedad de transmisión sexual. Las pérdidas entre las menstruaciones le habían comenzado justamente después de esa aventura. Esta historia adicional me permitió darle un mejor tratamiento médico, y ella descubrió que no tenía por qué dividirse en partes no relacionadas entre sí.

Una de mis pacientes fue a ver a un terapeuta de *biofeedback* por un dolor en el hombro causado por una tensión muscular crónica. Cuando estaba aprendiendo a relajar los músculos del hombro, advirtió que la tensión muscular aumentaba siempre que le venían a la cabeza ciertos pensamientos. Uno de esos pensamientos era el de haber recibido una zurra en su niñez; otro era la mala salud de su marido y las posibles implicaciones para ella. Por otro lado, cuando pensaba en los aspectos positivos de su vida, la tensión muscular disminuía. Llegó a comprender que sus temores y creencias estaban codificados en su cuerpo. Con el *biofeedback* aprendió que sus tejidos musculares tienen sentimientos, pensamientos y recuerdos que forman parte de la sabiduría de su cuerpo.

La mente y el alma, que impregnan todo nuestro cuerpo, son mucho más vastas de lo que el intelecto puede comprender. Nuestra guía interior nos llega primero a través de nuestros sentimientos y la sabiduría de nuestro cuerpo, no a través de la comprensión intelectual. Cuando buscamos una orientación interior sólo con el intelecto, como si esta existiera fuera de nosotros y de nuestro conocimiento más profundo, nos quedamos estancadas en la búsqueda, y de hecho la silenciamos. El intelecto funciona mejor al servicio de nuestra intuición, guía interior, alma, Dios o poder superior, sea cual sea el término que elijamos para llamar a la energía espiritual que anima la vida. Una vez que reconocemos que somos más que nuestro intelecto y que esa guía está a nuestra disposición en la mente universal, tenemos acceso a nuestra capacidad interior de sanación. William James dijo una vez: «El poder para mover el mundo está en el inconsciente».

La inteligencia femenina: Cómo se «corporeízan» los pensamientos

Las mujeres tenemos la capacidad de saber lo que sabemos con el cuerpo y el cerebro al mismo tiempo, en parte debido a que tenemos constituido el cerebro de tal manera que, cuando nos comunicamos, tenemos un buen acceso a la información contenida en ambos hemisferios y en el cuerpo.

En el colegio me enseñaron a desconfiar de mi proceso de pensamiento, porque nunca cuadraba con la modalidad dualista en que está establecida la educación. En los tests de opciones múltiples, por ejemplo, siempre encontraba alguna razón por la cual podían ser correctas casi todas las respuestas. Siempre veía el «cuadro global» y comprendía cómo todo estaba relacionado con todo lo demás. Cuando veían mis respuestas equivocadas, mis profesores solían decirme: «Le atribuyes demasiado significado a todo. La respuesta correcta es evidente». A mí no siempre me parecía evidente. Ahora que he aprendido a valorar lo íntimamente ligados que están mis pensamientos, mis emociones y mi cuerpo físico, he comenzado a recuperar toda mi inteligencia. Es pasmoso comprobar cuántas mujeres inteligentísimas se creen tontas debido a que gran parte de su inteligencia ha sido subvalorada. La doctora Linda Metcalf dice: «Las mujeres creen que su intelecto es una estructura mental masculina metida en su cabeza».

Me he dado cuenta de que, como muchas mujeres, hablo y pienso de una forma multimodal en espiral, usando al mismo tiempo mis dos hemisferios cerebrales y la inteligencia de mi cuerpo. Jean Houston describe así la evolución de la forma de pensar multimodal: Durante siglos las mujeres estuvieron en sus cuevas, removiendo la sopa con una mano, meciendo al bebé en una cadera y echando fuera al lanudo mamut con un pie. Hemos evolucionado teniendo que concentrarnos en más de una tarea al mismo tiempo, comprendiendo de modo innato las consecuencias de nuestros actos, no sólo para nosotras mismas, sino también para toda nuestra unidad familiar o nuestra tribu. Al tener que concentrarnos en varias cosas a la vez a lo largo de los siglos, las mujeres hemos desarrollado una estructura cerebral y un estilo de pensar que son característicamente diferentes de los de la mayor parte de los hombres.

En la mayoría de las mujeres, el cuerpo calloso, esa parte del cerebro que conecta los hemisferios derecho e izquierdo, es más grueso que en la mayoría de los hombres. Es decir, los dos hemisferios cerebrales

están «conectados» de distinta manera en los hombres y en las mujeres. Los hombres usan principalmente el hemisferio izquierdo para pensar y comunicar sus pensamientos; su razonamiento suele ser lineal y orientado hacia la solución: va «al grano». Las mujeres, por el contrario, empleamos más zonas del cerebro que los hombres para comunicarnos; utilizamos los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo. Dado que el hemisferio derecho tiene conexiones más abundantes con el cuerpo que el hemisferio izquierdo, cuando hablamos y pensamos, las mujeres tenemos más acceso a la sabiduría de nuestro cuerpo que la mayoría de los hombres.

Esto no quiere decir que el cerebro masculino carezca en absoluto de esta capacidad. Sólo se trata de que durante siglos no se ha animado a los hombres a desarrollar estas capacidades. Durante los cinco mil últimos años, la sociedad occidental ha creído que el enfoque lineal del hemisferio izquierdo es la forma superior de comunicación, y que la forma más «corporeizada» de hablar y pensar de la mujer es inferior y «menos evolucionada». Los autores del libro *Brain Sex** observan: «Al parecer los hombres son el sexo que dice lo primero que le viene a la cabeza, mientras que las mujeres se comunican haciendo uso de un repertorio mucho más amplio. Tomándolo todo en cuenta, los hechos pintan un cuadro completo de un intercambio de información más animado y más amplio en el cerebro femenino».[6] Lamentablemente, en lugar de desarrollar esta forma de pensar «corporeizada», hemos aprendido a rechazar y denigrar esta capacidad.

En un reciente diálogo con la sociolingüista Deborah Tannen, Robert Bly dijo: «Las palabras están en un lóbulo del cerebro y los sentimientos en el otro». Esta afirmación, debo subrayar, sólo vale para la mayoría de ios cerebros masculinos. No toma en cuenta en absoluto la complejidad del cerebro femenino. «Eso significa entonces —continuó Bly— que las mujeres tienen la capacidad de mezclar esos lóbulos con mucha más rapidez que los hombres. Las mujeres tienen una superautopista para ir allí. Y como hiciera notar Michael Meade, los hombres nos quedamos con un tortuoso caminito rural, y tenemos suerte si pasa por ahí una palabra».[7]

Cuando estoy explicando algo con detalles, mi marido suele decirme: «¿No puedes decirlo con menos palabras? ¿No puedes ir al grano?». Esto manifiesta un estilo de comunicación típicamente masculino. Cuando yo pienso y hablo, uso el lenguaje para expresar la riqueza de lo que pasa por mi mente y mi cuerpo al comunicar mis pensamientos. Me gusta entretenerme con el lenguaje, vagar en él. Muchas veces he llegado a entender lo que siento hablando de ello un rato, dejando surgir los pensamientos de todo mi cuerpo y todo mi cerebro antes de decirlos. Procesar las ideas verbalmente o escribir mis pensamientos me sirve para conocerme más.

Mi marido, por el contrario, usa las menos palabras posibles. Él y la mayoría de los hombres quieren llegar al grano, al producto o la solución, y todo tiene que tener una; si no, no vale la pena hablar de ello. La mayoría de los hombres consideran y sienten tedioso e inútil el «proceso» de llegar al grano. (Suelen usar un puntero cuando dan una conferencia, y lo pasan muy mal si no tienen uno. Las mujeres rara vez usan un puntero, a no ser que hayan superdesarrollado selectivamente el hemisferio izquierdo.) El doctor George Keeler, un colega en medicina holista, dice: «Cuando hablan los hombres, se saltan los verbos. Cuando hablan las mujeres, se saltan los sustantivos». Refiriéndose a la física cuántica, que enseña que las partículas y las ondas son simplemente aspectos distintos de la materia, el doctor Keeler observa: «Los hombres hablan un lenguaje partícula. Las mujeres hablan un lenguaje onda».

La forma de pensar multimodal, «corporeizada», hace posible a la mayoría de las mujeres ir a la compra sin lista y recordar todo lo que iban a comprar, además de otros artículos que de pronto recuerdan que necesitan. Cuando estoy en medio de una operación quirúrgica, también soy consciente de lo que están haciendo mis hijas, de que necesitamos servilletas de papel y de que tengo que comprar pan de camino a casa. Todo eso pasa por mi cerebro al mismo tiempo. Esto se llama «pensamiento relacional». Mi marido, por su parte, tiene en la mente uno o dos pensamientos y trabaja en una o dos tareas a la vez. Generalmente tiene que volver a la tienda tres veces para comprar lo que yo compro en un solo viaje.

Las diferencias entre los estilos de comunicación masculino y femenino se hacen notar repetidamente en mi consulta. Cuando le estoy explicando la enfermedad de una paciente a su marido o compañero, suelo decirle: «Escuche, cuando le explico lo que tiene su esposa [o su compañera], da la impresión

* Hay traducción al castellano: Anne Moir y David Jessel, El sexo en el cere*bro*, Planeta, Barcelona, 1991. (N. del E.)

de que hablo en círculos». Describo un círculo con el dedo. «Voy por allí, por aquí y por allí. Tal vez esto le parezca una digresión, y tal vez no vea la pertinencia de lo que le estoy diciendo. Pero todo está relacionado. Sígame, que ya llegaré al punto principal y se lo armaré todo».

Mis opiniones y las de otros científicos sobre las diferencias entre la forma de pensar masculina y femenina son controvertidas. Sin embargo, al margen de lo que creemos, he llegado a comprender que para estar totalmente sanas, las mujeres debemos valorar la totalidad de la inteligencia que tenemos a nuestra disposición, ya que nos viene de todo nuestro ser: cuerpo, mente y espíritu.

Las creencias son físicas

Los pensamientos son sólo una parte de la sabiduría del cuerpo. Un pensamiento sostenido el tiempo suficiente y repetido las suficientes veces se convierte en creencia. La creencia entonces se convierte en biología. Las creencias son fuerzas energéticas que generan la base física de nuestra vida y nuestra salud. Si no trabajamos en resolver nuestro malestar emocional, nos predisponemos para el malestar físico, debido al efecto bioquímico que tienen las emociones reprimidas en nuestros sistemas inmunitario y endocrino. Las enfermedades autoinmunes, como la artritis reumatoidea, la esclerosis múltiple, ciertas enfermedades de la tiroides y el lupus eritematoso, por ejemplo, están causadas en parte por la autoinmunidad, lo que quiere decir que el sistema inmunitario ataca al propio cuerpo. ¿Por qué el sistema inmunitario va a atacar a las células de la propia persona si no está recibiendo mensajes de autodestrucción desde alguna parte muy profunda del cuerpo? La depresión mental se ha relacionado no sólo con comportamientos autodestructivos, sino también con la depresión del funcionamiento del sistema inmunitario.[8] Muchas mujeres aquejadas de enfermedades autoinmunes también sufren de depresión. Los estudios han demostrado, por ejemplo, que el estrés y la soledad pueden ser causa de la activación de un virus de herpes latente (inactivo).[9] Lo mismo es cierto del virus de Epstein-Barr, el virus que está ligado al síndrome de la fatiga crónica. A esto se debe que, aunque más del 90 por ciento de la población ha estado expuesta al (o tiene anticuerpos del) virus de Epstein-Barr, sólo un pequeño porcentaje sufre realmente la enfermedad. Esta información concierne particularmente a las mujeres, ya que al menos un 80 por ciento de todas las enfermedades autoinmunes se dan en nosotras.[10] Incluso la endometriosis, la epilepsia, la menopausia prematura, la infecundidad y la vaginitis crónica tienen componentes de autoinmunidad.

Lo que cree una persona está muy influido por la cultura en la que vive. Las creencias sostenidas en común perpetúan el tipo de sociedad en que vivimos. Dada nuestra sociedad, no es de extrañar que las mujeres tengan tanto estrés observado. En varios estudios científicos, se ha relacionado el estrés «ineludible» con una forma clara de inmunosupresión (supresión de la reacción inmunitaria). La conmoción emocional está asociada con la liberación de opiáceos endógenos (substancias parecidas a la morfina) y de corticosteroides (hormonas de la glándula suprarrenal), que impiden que los glóbulos blancos protejan al cuerpo del cáncer y las infecciones. Las personas que se sienten desesperadas e impotentes y que consideran incontrolablemente estresante su situación tienen niveles más elevados de corticosteroides e inmunosupresión que aquellas que intentan controlar el estrés.[11] Las personas expuestas a lo que ellas consideran un estrés «ineludible», efectivamente liberan substancias parecidas a los opiáceos (encefalinas) que literalmente insensibilizan a las células de su cuerpo (analgesia inducida por el estrés),[12] incapacitándolas para destruir las células cancerosas y las bacterias si esto se hace permanente.[13] No es el estrés propiamente dicho lo que crea los problemas del sistema inmunitario. Es más bien la «percepción» de que el estrés es ineludible, de que no se puede hacer nada para impedirlo. Esta percepción está asociada con la supresión del sistema inmunitario.

Es importante comprender que nuestras creencias echan raíces mucho más profundas que nuestros pensamientos, y que sencillamente no podemos quitárnoslas a voluntad. Muchas creencias son totalmente inconscientes, y al intelecto no le es fácil llegar a ellas. Por el ejercicio de mi profesión y por mi vida, sé que muchos no somos conscientes de las creencias destructivas que nos están minando la salud. Estas creencias no provienen sólo del intelecto, esa parte de la mente que cree estar al mando. Vienen de esa otra parte que en el pasado se alojó y enterró en los tejidos celulares.

Hace poco vino a mi consulta Jean, una hermosa diseñadora gráfica de 45 años y cabellos oscuros. Estaba preocupada porque la menstruación le había cambiado de periodicidad con los años, pasando

de venirle cada 28 días a venirle cada 25 a 34 días. No tenía ninguna pérdida de sangre entre regla y regla ni ningún otro síntoma. Esta historia me pareció totalmente normal, pero otro médico le había dicho que ese cambio en su ciclo podía significar cáncer, y le recomendó hacerse una biopsia uterina. Dado que tenía demasiado pequeña la abertura del cuello del útero para que entrara el instrumento para la biopsia, le recomendó una biopsia mediante legrado uterino con dilatación, que se hace con anestesia general. Jean decidió buscar una segunda opinión. Yo la examiné y la encontré normal, aunque sí tenía una abertura cervical muy pequeña y por lo tanto no se le podía hacer una biopsia en la consulta.

Le dije que en mi opinión no parecía en absoluto una candidata al cáncer de útero y que no le recomendaría la biopsia con legrado uterino quirúrgico. Si estaba muy intranquila y deseaba que se la practicaran, se le podía hacer ciertamente para que estuviera *segura* de que *no tenía* cáncer. Para ayudarla a tomar su decisión, le pregunté qué experiencias de la enfermedad había tenido en su infancia, ya que las experiencias de la infancia influyen profundamente en la creencia de una mujer respecto a la salud y la enfermedad.

—Yo era hija única y mi madre estaba siempre enferma —me dijo—. Constantemente tenía problemas intestinales, y yo debía cuidarla. En consecuencia, reacciono a todo lo que me ocurre en el cuerpo como si fuera una catástrofe, igual que hacía mi madre.

—Si decidieras hacerte esa biopsia mediante legrado uterino y resultara que estás normal —le dije—, ¿podrías entonces relajarte y dejar de estar obsesionada por el cáncer?

Ella dijo que no cambiaría nada, que seguiría preocupada. Acordamos entonces que ella tendría que cambiar sus creencias acerca de su cuerpo y su vulnerabilidad, que habían sido fuertemente influidas por sus primeros años.

Para hacer eso, Jean tiene que comprender que su temor no es totalmente accesible a su intelecto. Gran parte de ese miedo está alojado en su cuerpo y en su inconsciente. Decirle a Jean, o a cualquier mujer que tenga un problema similar, que se relaje, que está bien, que no tiene nada y que «todo está en su cabeza», no es científicamente exacto. La creencia sí la tiene en su mente, pero su mente está localizada en todo su cuerpo y en todos los órganos que forman parte de él.

Para que Jean deje de estar obsesionada por el cáncer (o cualquier otra cosa), tendrá que pasar por un proceso por el cual también debemos pasar cada una de nosotras para sanar. Para explicar este proceso a las pacientes, empleo los tres primeros pasos del programa de Doce Pasos que tuvo su origen en Alcohólicos Anónimos. Puesto que estos doce pasos se basan en verdades espirituales, los he encontrado aplicables a casi todos los aspectos de la vida acerca de los cuales tanto yo como mis pacientes buscamos orientación. El primer paso es: «Admitimos que somos impotentes ante el alcohol y que nuestra vida se ha vuelto ingobernable». En lugar de la palabra «alcohol», se puede poner cualquier cosa que nos obsesione o nos haga sentir impotentes. En el caso de Jean, debe admitir que es impotente para cambiar su creencia y su obsesión por el cáncer solamente con su intelecto. Debe también admitir que su creencia no es sana y que hace ingobernables algunas partes de su vida. Su creencia no va a desaparecer si se castiga por tenerla, ni tampoco si trata de obligarse a cambiarla sólo con el intelecto.

El segundo paso es: «Hemos llegado a comprender que un poder superior a nosotros podría hacernos recobrar la cordura». Este poder «superior a nosotros» es parte de nuestra guía interior y nuestra sabiduría corporal. La palabra «cordura» aquí equivale a paz interior o serenidad. Reconocer que tenemos acceso a la guía de un poder superior a nuestro intelecto es un paso muy positivo hacia el acceso real a esa guía.

El tercer paso es: «Hemos tomado la decisión de entregar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios, tal como lo entendemos» (yo cambio automáticamente la última frase por «tal como entendemos la guía interior» o «la sabiduría divina»). Este paso se salta totalmente al intelecto. Es un salto de fe que reconoce el hecho de que todos tenemos una guía interior que está a nuestra disposición dentro de nosotros, y que esa guía tiene el poder de eliminar nuestras creencias dañinas. Las palabras «hemos tomado la decisión» son muy importantes. Para crearse una buena salud, la mujer necesita tomar la decisión de hacerlo. Luego debe estar dispuesta a continuar con el proceso. Puede ser muy útil y práctico participar en reuniones de Doce Pasos y trabajar esos pasos en torno a un temor, una creencia e incluso una enfermedad para los cuales el intelecto ha resultado ser impotente.

Para Jean y para miles de mujeres como ella, es muy útil saber que no están solas en sus temores y obsesiones. Jamás he conocido a nadie que no haya heredado al menos algunas creencias destructoras

de la salud, ya las haya heredado de su familia o de la cultura en general. Podemos descubrir esa profunda programación de nuestro cuerpo y cambiarla para que apoye la salud. Muchas de mis pacientes han logrado hacerlo una vez que han entendido que si bien todas las enfermedades son muy reales y físicas, suelen ir acompañadas y reforzadas por creencias inconscientes. Descubrir estas creencias y sanar de ellas es un proceso continuo, entimulante y que da mucha confianza. Forma parte del proceso de crearse Una buena salud. Requiere paciencia y compasión.

Las creencias y los recuerdos son en realidad estructuras biológicas del cuerpo. Imagínate la mente como si fuera un iceberg. La parte consciente, la que cree estar al mando, es la que sobresale por encima de la superficie, pero sólo equivale a menos del 25 por ciento de ese témpano de hielo. La parte de la mente llamada «inconsciente» es mucho más grande, está bajo la superficie y equivale a más del 75 por ciento del iceberg. Nuestras historias personales se almacenan en todo el cuerpo: en los músculos, en los órganos y en otros tejidos. Esta información, igual que la parte sumergida del iceberg, generalmente no es reconocida por la parte que está fuera de la superficie, nuestro intelecto consciente. Nuestras células contienen bancos de datos, aun cuando la mente consciente no tenga conocimiento de ellos y en realidad trate de negarlos.

Una vez en un hotel, llamé a un botones a mi habitación para que me ayudara a bajar las maletas. Él vio una botella de jarabe chino para la tos que estaba en el cuarto de baño. Hizo una mueca, se apretó el estómago con las manos y dijo: «Creí que era aceite de ricino y recordé las veces en que mi madre me lo daba cuando era niño. Solía dolerme el estómago después de tomarlo. Sólo ver la botella ahora me entra dolor de estómago». Ese hombre no tenía un control consciente sobre el recuerdo del dolor de su infancia. Su cuerpo reaccionaba automáticamente a la vista de una botella parecida que ni siquiera tenía ninguna relación con ello.

Una mujer con la que salí de excursión una vez me contó que hacía dos semanas le había entrado aceite protector del sol en el ojo, que le lagrimeó todo el día. Varios días después simplemente olió el mismo aceite protector cuando lo estaba usando otra persona y el ojo comenzó a lagrimearle. Ya tenía la memoria biológica codificada en el ojo, saltándose totalmente el intelecto.

Cómo se vuelven físicas las creencias

En cualquier momento dado, nuestro estado de salud refleja la suma total de nuestras creencias desde que nacimos. Toda nuestra sociedad funciona movida por muchas creencias compartidas y a veces dañinas. (Una que oigo con regularidad en mi consulta es: «Bueno, ahora que tengo treinta años [o cuarenta o cincuenta], supongo que es normal que tenga dolores y achaques».) Todos los seres vivos reaccionan físicamente al modo en que «piensan» que es la realidad. El doctor Deepak Chopra, una autoridad en el téma de la conciencia y la medicina, pone el ejemplo de unas moscas colocadas dentro de un frasco con la tapa puesta. Una vez que se quita la tapa, sólo salen del frasco unas pocas valientes pioneras. El resto de las moscas han asumido en su «cuerpomente» que están atrapadas. En los acuarios se ha comprobado que si dos bancos de peces se separan por una división de vidrio durante un cierto tiempo, cuando se quita esa división, los peces no invaden el recinto vecino.

De modo, pues, que podemos estar seguras de que los acontecimientos de nuestra infancia disponen el escenario para nuestras creencias acerca de nosotras mismas y, por lo tanto, de nuestras experiencias, entre ellas nuestra salud. Para que una mujer cambie o mejore su realidad y su estado de salud, primero tiene que cambiar sus creencias sobre lo que es posible.

Que tenemos los recursos para superar nuestros hábitos destructivos e inconscientes es una verdad que veo demostrada cada día en el ejercicio de mi profesión. Este poder también ha sido documentado científicamente en un estudio de los efectos de las creencias sobre el proceso de envejecimiento. La doctora Ellen Langer realizó un estudio de cinco días en un centro de retiro con un grupo de voluntarios mayores de 70 años. Todos tuvieron que aceptar que vivirían en el presente como si fuera el año 1959. La doctora Ies dijo: «No os pedimos que "actuéis" como si estuvierais en 1959, sino simplemente que os limitéis a ser como erais en 1959». Tuvieron que vestirse como se vestían entonces, ver programas de televisión de 1959, leer periódicos y revistas de ese año y hablar como si realmente estuvieran en 1959. También llevaron fotografías de sí mismos de ese año y las colocaron en las salas del centro. La doctora Langer procedió entonces a medir muchos de los parámetros que suelen deteriorarse con la edad (y que

no tienen por qué deteriorarse), tales como la fuerza física, la percepción, la cognición y los sentidos del gusto y el oído. Los parámetros reflejaban «marcadores biológicos» que suelen citar los expertos en geriatría. Durante ese periodo de cinco días, realmente mejoraron muchos de los parámetros seleccionados. Una serie de fotografías que se les hicieron mostraron también que los hombres representaban unos cinco años menos. Les mejoró la memoria y la audición. Cuando cambiaron su actitud respecto al envejecimiento, también sus cuerpos cambiaron. La doctora Langer escribe: «Los ciclos regulares e "irreversibles" del envejecimiento que vemos en las últimas fases de la vida humana podrían ser el producto de ciertas suposiciones sobre cómo se envejece. Si no nos sintiéramos obligados a adoptar esas actitudes limitadoras, tal vez podríamos tener una mayor oportunidad de reemplazar esos años de deterioro por años de crecimiento y propósito» (las cursivas son mías).14

Si tenemos el poder de invertir los efectos del envejecimiento, ¿qué podríamos lograr con la salud? Es imposible sobrevalorar la esperanza que suscitan estos resultados. Sugieren que si podemos salimos de nuestros patrones culturales colectivos, la vida nos ofrecerá posibilidades que nunca hubiéramos imaginado. Pero para llegar allí, primero hemos de reconocer las líneas horizontales o verticales con las que muchos seguimos chocando. Una vez que «veamos» lo que ha estado allí siempre, podremos crear rutas alternativas.

Sanar frente a curar

La libertad y el destino se abrazan para formar sentido; y dado el sentido, el destino se transforma: sus ojos, hasta el momento severos, adquieren una repentina luminosidad y parece ser la gracia personificada.

MARTIN BUBER

Hay diferencia entre sanar y curar. La sanación es un proceso natural que todos tenemos el poder de realizar. La curación, que es lo que se les pide a los médicos, suele consistir en un tratamiento «externo», que emplea medicamentos o una intervención quirúrgica para enmascarar o eliminar los síntomas. *Este tratamiento externo no trata necesariamente los factores que en primer lugar provocaron los síntomas.* La sanación ahonda más que la curación y siempre debe provenir de dentro. Trata el desequilibrio que subyace bajo los síntomas. La sanación soluciona aspectos con frecuencia ocultos de la vida de una persona en cuanto se relacionan con su enfermedad. Sanar es diferente de curar, aunque la curación y el restablecimiento del funcionamiento físico pueden acompañar a la sanación. Uno puede sanar completamente y sin embargo morir de su enfermedad. Esta es una comprensión esencial que suele faltar en los tratados de la medicina holista: la sanación *y* la muerte no se excluyen mutuamente. En calidad de médica, se me ha formado para mejorar y conservar la vida.

Pero a veces necesitamos olvidar esa formación y aceptar la muerte como parte natural de un proceso que es mucho más inmenso y misterioso de lo que creemos. Patricia Reis, que trabaja con los sueños y síntomas corporales de muchas de nuestras pacientes, dice: «El principal sentido de la sanación es la "integración", reponer las piezas que faltan en la vida de una persona. A veces esto puede incluso suponer encarar la muerte con una comprensión más plena. Ciertamente es una oportunidad para entrar en la vida con más profundidad y plenitud».

Si bien todo el cuerpo está influido por los pensamientos y emociones, y sus diversas partes se hablan entre sí, el lenguaje corporal de cada persona es único. *Haya ocurrido lo que haya ocurrido en su vida, una mujer tiene la capacidad de cambiar lo que esa experiencia significa para ella, y de ese modo cambia su experiencia, tanto en el aspecto emocional como en el físico. En eso consiste la sanación.* No hay ninguna fórmula sencilla para descifrar el mensaje que oculta un síntoma, y únicamente la paciente puede en definitiva saber cuál es el mensaje. A veces, mediante una vaginitis crónica, el cuerpo le pide a una mujer que deje una relación. A veces los dolores de cabeza premenstruales son una señal de que necesita dejar la cafeína. En otras mujeres, estos síntomas podrían estar relacionados con algo muy diferente. A cada mujer le corresponde «sentarse con» sus síntomas de un modo totalmente receptivo y sin hacer juicios, para poder comenzar a comprender el lenguaje único de su cuerpo.

Aún no comprendemos del todo a qué se debe que una mujer que ha sido abandonada por su marido, por ejemplo, se deteriore emocional, mental y físicamente, y considere que ese determinado

trauma es el causante de todas las desgracias de su vida, mientras que otra mujer a la que le ha sucedido lo mismo se recupera completamente y lleva una vida productiva. Algunas personas pueden decir que una circunstancia inicialmente dolorosa y traumática fue el estímulo que puso en marcha un importante crecimiento personal posterior. Los malos tratos, el abuso sexual, el incesto, la pérdida de un progenitor y otros traumas sufridos en la infancia no están absolutamente ligados de modo causa-efecto con el subsiguiente malestar o sufrimiento en la edad adulta. El efecto del trauma en nuestros cuerpos físico, mental y emocional está determinado principalmente por nuestro modo de interpretar el acontecimiento y de darle significado.

Generalmente hay factores emocionales implicados en los problemas ginecológicos comunes, además de la dieta, la herencia, el hecho de haber tenido muchas parejas sexuales o la mala suerte. He comprobado que la mayoría de las mujeres aquejadas de persistentes verrugas genitales, herpes o quistes ováricos han experimentado o continúan experimentando estrés o inquietud emocional y psíquica. En estos casos está casi siempre presente una historia de abuso sexual, abortos que no han sido resueltos emocionalmente o algún conflicto en el que están involucradas las relaciones o la creatividad. Estos conflictos viven en el campo energético del cuerpo hasta que son resueltos; son las «oportunidades de sanación» que están simplemente aguardando a que les prestemos atención.

Una de mis colegas ginecólogas, la doctora Maude Guerin, ilustra bellamente esto con el ejemplo de una mujer llamada Joan, que sufría de endometriosis grave y dolor pelviano. La doctora Guerin «curó» a Joan con una histerectomía abdominal total y la extirpación de ovarios y trompas, el tratamiento estándar para ese problema. Sin embargo, después de la operación Joan comenzó a sufrir de dolor de espalda, depresión y unos sofocos muy molestos, que hicieron precisa una dosis cuatro veces mayor de hormonas. Aunque se había «curado» el dolor pelviano, en muchos sentidos no se sentía mejor que antes. En lugar de ser «sanada», simplemente había cambiado un grupo de síntomas por otros. La extirpación quirúrgica del útero y los ovarios no había resuelto los conflictos emocionales presentes en el campo energético de su cuerpo, que eran la raíz del problema.

La doctora Guerin descubrió que Joan había sido víctima de abusos sexuales a los seis años, había sufrido la muerte de su hermana a los dieciséis, y se había vuelto adicta al trabajo para eludir sus sentimientos. A pesar de todos esos importantes traumas sufridos en su vida, jamás había podido llorar. La doctora Guerin escribe:

> Esta paciente ha sido para mí una maestra maravillosa. Si bien nunca he descartado la idea de que los pensamientos y sentimientos influyen en la salud física, siempre había considerado relativa esa influencia. Esta paciente me enseñó que es obligatorio tomar en cuenta el vínculo mente-cuerpo en la asistencia médica de cada paciente, por muy claro que parezca ser el curso de su enfermedad.
>
> Ciertamente pensé que había curado a esta mujer, y me sentí orgullosa cuando vino al control pasados seis meses. A las dos nos llevó años enterarnos de que si bien la enfermedad había sido «curada» por la operación, esta no la había sanado a ella.
>
> Cuando pienso en su primera visita, que recuerdo muy claramente, y el tratamiento subsiguiente, veo que había muchos, muchísimos indicios de un cuadro mucho más grande que yo no fui capaz de ver en esos momentos. En su primera visita en mi consulta, se sentó en la mesa para el examen sin quitarse las bragas ni los pantis. No sólo tuvo dificultades para desvestirse para el examen, sino que también las tuvo para colocar el cuerpo en la posición correcta. Una vez instalada, me fue casi imposible introducirle el espéculo en la vagina debido a su extrema ansiedad y su tensión muscular. Desde entonces, mis pacientes han continuado ayudándome a ver el cuadro mayor de cada una de ellas. Sé que se pueden «curar» las enfermedades de muchas pacientes sin reconocer el vínculo mente-cuerpo, pero también sé que así van a «sanar» muy pocas.[15]

Una de mis pacientes tuvo resultados anormales en su citología. Ella ya sabía que el simple hecho de extirparle las células anormales del cuello del útero («curación») no iba a tratar el desequilibrio de energía subyacente en su cuerpo, que estaba en la raíz de la anormalidad. Comenzó a trabajar en su diario cada mañana con la intención de estar receptiva a lo que era necesario para su sanación. Meditó en lo que quería decirle este síntoma. Después de estar entregada a este trabajo de sanación interior durante varias semanas, descubrió una creencia clave que le pareció importante. Esta creencia era que las células cervicales anormales eran un castigo por su sexualidad. Una vez que identificó esa creencia y le dio nombre, procedió a programar una terapia médica estándar, para que su «sanación» y su «curación» trabajaran juntas. De camino a la cita para que le hicieran el tratamiento con láser para su trastorno, ex-

perimentó una oleada de perdón hacia sí misma y su sexualidad, que la conmovió hasta las lágrimas. Incluso sintió que se producía un cambio en su cuerpo. Cuando la examinaron en el consultorio, habían desaparecido todos los indicios de anormalidad y no fue necesario intervenirla quirúrgicamente. Se siente muy agradecida por la curación física así como por la sanación psíquica y emocional que tuvo lugar.

En nuestra sociedad, cuando un médico reconoce la capacidad de sanación innata de una mujer, da la impresión de que le está diciendo que se ha «causado» la enfermedad. Pero nuestras enfermedades no se basan en una simple relación de causa y efecto. Es simplista y potencialmente dañino creer que nos creamos consciente e intencionadamente la enfermedad o cualquier otra circunstancia dolorosa de la vida. Nuestras enfermedades suelen presentarse para atraer nuestra atención y volver a encarrilarnos. Sentirnos culpables de nuestras enfermedades sencillamente reagrupa las heridas de la niñez, y eso es exactamente lo contrario de la sanación. Pensar que somos «culpables» nos mantiene estancadas e incapaces de progresar en nuestra sanación. La parte de nosotras que «crea» una enfermedad no es la parte que siente el dolor de esa enfermedad. No es una parte consciente, pero la conciencia puede influir en ella una vez que ponemos en marcha el proceso de sanación.

Muchos médicos, sin embargo, equiparan el hecho de asumir la responsabilidad de la enfermedad con tener la culpa de ella. En el sistema adictivo, equiparamos «ser responsable» con «ser culpable». En el extremo opuesto, otros médicos piensan que dado que sus pacientes no se causaron la enfermedad, no hay que implicarlos demasiado en su tratamiento. Es importante tener un médico o profesional de la salud cuyas creencias puedan reforzar la propia sanación. Estudios recientes han demostrado que las expectativas que tienen los médicos acerca de la capacidad sanadora de sus pacientes son captadas consciente e inconscientemente por estos e influyen en su capacidad para ponerse bien.

Podemos comenzar a sanar nuestra vida a un nivel muy profundo cuando comenzamos a valorar nuestro cuerpo y a honrar y respetar sus mensajes en lugar de sentirnos víctimas de ellos. Confiar en la sabiduría del cuerpo es un salto de fe en una cultura que no reconoce lo íntimamente conectados que están el cuerpo y la mente. Con la expresión «la sabiduría del cuerpo» quiero decir que hemos de aprender a creer que los síntomas corporales son con frecuencia la única manera que tiene el alma de atraer nuestra atención. Encubrir los síntomas con «curaciones» externas nos impide «sanar» las partes de nuestra vida que necesitan atención y cambio.

Yo solía chocar contra lo que llamo «paredes de culpa» cuando pedía a mis pacientes que participaran en el cuidado de su salud. Una vez, por ejemplo, le expliqué a una mujer que su fibroma (tumor uterino benigno) podría estar relacionado con su forma de usar la creatividad en sus relaciones. Ella se enfadó y creyó que yo la estaba acusando. «¿Quiere decir que yo me lo he causado?», me preguntó. Le dije que debía dejar de pensar en la culpa y en la relación causa-efecto. Para sanar de su problema necesitaba relacionarse con su fibroma de una manera nueva, considerándolo no el enemigo que hay que «curar», sino un aspecto de su propia guía interior que quería dirigir su atención hacia cambios en su vida que favorecieran la salud. Responder a una enfermedad y aprender de ella es una manera de hacer frente al sistema adictivo en el que vivimos.

Para que se produzca la sanación, hemos de llegar a comprender que no somos tan responsables de las enfermedades como responsables ante ellas. Las personas más sanas que conozco no se toman tan a pecho sus enfermedades ni su vida. Dedican muy poco tiempo a reprenderse por sus enfermedades, las circunstancias de su vida o cualquier otra cosa. Viven día a día a su manera y a su propio ritmo. Una joven expresó bellamente esta actitud cuando escribió: «Me responsabilizo totalmente, no de tener cáncer, ni de sobrevivir a él, sino más bien de la calidad de mi forma de responder a este pequeño caos que ha entrado en mi vida».

La historia de Martha, íntima amiga de mi familia, nos ofrece un asombroso ejemplo del misterio de la enfermedad y los síntomas corporales. Aunque es insólita en muchos sentidos, ilustra la gama de experiencias que se nos ofrecen cuando estamos abiertas a la sanación, sea cual sea la forma en que se nos presente.

Cuando Martha tenía alrededor de 55 años, comenzaron a surgirle penosos recuerdos de su infancia. Se dio permiso para sentir intensamente lo doloroso que fue ese periodo de su vida. Expresó y liberó esos sentimientos sollozando horas y horas durante varios días a lo largo de una semana. En ese proceso, recordó detalladamente cómo su padre, contrabandista de licores, la llevaba de bar en bar. Cuando estaba en esos lugares, lo veía besar a mujeres desconocidas. Recordó unos días en que su ma-

dre la dejó en casa de una tía para ocuparse de sacar de la cárcel a su padre. La tía, que era tuerta, alojó a Martha y su hermana en una habitación llena de cucarachas, iluminada por una bombilla que colgaba del techo, y sólo les daba galletas para comer. Cuando se permitió recordar esas y muchas otras cosas que había «matado y enterrado» hacía unos cincuenta años, pudo llorar y lamentarse todo el tiempo necesario con una amiga sentada a su lado. Esta «limpieza» continuó durante varios días, con intermitencias. Después diría: «Comprendí que no había la más mínima belleza en mi vida cuando era pequeña. Era peor de lo que jamás me había permitido recordar».

Una vez que pudo ver esa parte de su vida tal como había sido y expresar sus emociones por ella, le desapareció totalmente el dolor crónico de cuello y hombros que había tenido durante años, al que le habían dado el nombre de «cambios degenerativos de la columna». Nunca le ha vuelto.

La primavera pasada Martha me llamó para decirme que estaba experimentando un miedo a la muerte hasta un punto que jamás había creído posible. Basándose en su experiencia anterior de confiar en sus síntomas, decidió permanecer con sus sentimientos y síntomas para ver qué podrían enseñarle, en lugar de huir de ellos o tratar de suprimirlos o «curarlos» con medicamentos.

Martha conoce bien la muerte, ya que le tocó vivir la de dos de sus hijos y la de su marido, dos de estas muertes en el espacio de un año. El miedo a su muerte, que, según me dijo, la seguía a la cama por la noche y la enfrentaba por la mañana, se presentaba acompañado por dolores en la parte superior del costado izquierdo del abdomen, que al principio ella atribuyó a haber tomado penicilina para una infección dental. El miedo era tan horrible que durante un tiempo ni siquiera pudo hablar de él.

Cuando empeoraron el terror y el dolor de estómago, su intuición le dijo que le convenía conducir por el país desde Nueva Inglaterra a Taos, en Nuevo México, donde vive una de sus hijas. Deseaba estar sola y pensó que le iría bien conducir una larga distancia. Yo jamás la había oído hablar tan alterada, pero no me preocupé. Me di cuenta de que necesitaba resolver algo, y pensé que ya sabría de ella cuando estuviera preparada para decírmelo. Varios días después volvió a llamar, todavía bastante alterada, y me contó lo siguiente:

> Todo comenzó en las llanuras. Había conducido unos trescientos kilómetros y de pronto sentí un tremendo dolor físico y emocional. Iba pasando junto a unos corrales de ganado, y vi a todos esos animales metidos hasta la barriga en sus excrementos. Pensé en cómo todos vivimos metidos en esa mierda, y luego la limpiamos con papel higiénico perfumado. Sentí una pena terrible por el estado del mundo, por todos los problemas del medio ambiente. Pensé en el miedo que siempre tenemos. Me vi como una pionera recorriendo a pie la llanura. «Vi» a miles y miles de mujeres, de todas las razas, de todas las edades, caminando penosamente por la llanura, sosteniendo al mundo con su trabajo y su esfuerzo. Sentí el miedo y el dolor de todas esas mujeres, el trabajo interminable. [Mientras veía estas imágenes, el dolor de estómago fue empeorando hasta que fue tan fuerte que tuvo que levantar las piernas y apoyárselas contra el abdomen. Sintió que tenía sangre en la boca, pero cuando escupió en un pañuelo de papel, no había nada de sangre.]
>
> Entonces fue cuando me vino el recuerdo, como un relámpago. Yo era un vikingo, un hombre vikingo. Tenía una enorme espada en la mano. Maté a una mujer que estaba a punto de dar a luz. Los maté a los dos con esa espada. ¡Pensar que fui capaz de hacer eso! Sentí una inmensa compasión por los hombres, porque los han entrenado para hacer eso. El dolor de estómago, las lágrimas, la aflicción, todo continuó durante horas. Mientras subía el paso montañoso a través de las Rocosas, apareció el sol y deseé que se marchara. Pero continuó el horror. Fue como un sueño horrible que era real, pero a la vez no lo era.
>
> Necesitaba hacer esto sola en un ambiente que no fuera mi casa. Toda la noche del viernes, el día en que comencé el viaje, el dolor estaba en el lado izquierdo y parecía que se me iba a pasar. Pero el sábado, al continuar el viaje, sentí esas punzadas de miedo en el lado izquierdo del abdomen. Exactamente donde yo [el vikingo] clavé la espada.
>
> Cuando llegué a Taos, tuve una sesión con Mary, una intuitiva muy dotada. Ella me hizo una lectura y le pareció que no era necesario que yo analizara nada más. Esa visión de las mujeres pioneras y yo como vikingo, matando a una mujer embarazada, me ha ayudado a liberarme del miedo a la muerte.
>
> Sé que necesito poner fin a esto, necesito reconocerlo y concluirlo. Tal vez era necesario que la mujer fuera asesinada. Eso fue lo peor que he hecho jamás, lo que he tratado de ocultar de

Dios y de mí misma. Lo otro que comprendí es que toda la humanidad ha hecho esto. Todos hemos matado y asesinado. Me siento como si acabara de morir en otra vida. Ahora me estoy dando a luz. Nunca volveré a ser lo que fui antes, porque me han sucedido demasiadas cosas. No puedo ser lo que fui antes.

Durante unos días no me he sentido con toda mi energía física. Yo siempre he estado en óptima forma física. Esta experiencia me ha servido para comprender mi propia muerte. El medio ambiente, la Tierra y lo que le hemos hecho están clavados muy hondo en mí. Creo que ahora también he soltado mis ataduras a mis hijos, en el sentido de que estaba demasiado aferrada por temor. Ahora puedo avanzar.

Martha entendió que no era necesaria para su sanación una total comprensión intelectual de lo que acababa de ocurrirle. Para sanar no era preciso que interpretara la visión ni la experiencia de «ser un vikingo» como algo perteneciente a una vida pasada, ni que hiciera ninguna otra cosa. Lo que sí necesitaba era «sentir» lo que le surgía desde lo más profundo de su interior. Una vez que reconoció el acto del asesinato, se sintió liberada de la carga y renovada. También comprendió que tenía que cambiar su forma de vivir. Debía dejar de pasar el tiempo con amigos que no aportaban nada a su vida, con amistades que estaban basadas en el hábito y no en un enriquecimiento mutuo.

Cuando volvió a casa una semana más tarde, aún sentía cierto temor residual, y deseaba liberarse de esa experiencia. Lo escribió todo y después salió al jardín. Bajo la noche estrellada cavó un hoyo, quemó lo que había escrito, enterró las cenizas y se incorporó. Por fin se sintió totalmente liberada, después de semanas de miedo, y volvió a entrar en su casa.

Al cabo de unas tres semanas, fue a visitar a unos tíos suyos en Ohio. Su tío Roy la llevó a un lado y le dijo que presentía que no le quedaba mucho tiempo de vida y que había una cosa que deseaba regalarle. La llevó a un cuarto trasero, de un estante elevado sacó una estatua de bronce y se la entregó. Era un vikingo con una espada.

Las dos expresamos nuestra sorpresa ante ese sincronismo. («El sincronismo es la manera que tiene Dios de permanecer anónimo», dice el doctor Bernie Siegel.) «Ahora puedo tener esta estatua en mi casa —comentó—. Para mí es un símbolo de mi sanación. Sé que si no me hubiera dado permiso para experimentar este recuerdo, sueño o lo que fuera, habría contraído una enfermedad fatal de estómago. Estoy segura de ello».

Esta historia es un profundo ejemplo de que la idea de que somos «culpables» de nuestras enfermedades, en cualquier sentido convencional, es inaplicable y estrecha. En cierto misterioso sentido, nuestro intelecto consciente no está al mando. Está al mando otra parte de nosotros: nuestro poder superior, nuestra alma o nuestra sabiduría interior. Es necesario expandir el concepto del «yo». Hay estudios que documentan el poder de la oración para sanar a distancia, al instante. El tiempo y el espacio no son absolutos. Sobre nosotros «actúan» fuerzas exteriores a nuestro control consciente. Podemos abrirnos para aprender de toda la vida, de nuestro yo interior y de todo aquello con lo que estamos conectadas.

Tenemos el cuerpo que tenemos porque ese es precisamente el vehículo con el que mejor podemos hacer lo que vinimos a hacer. Stevie Wonder ha dicho que su ceguera le ha servido para sentir el amor que lo rodea por todas partes, más que si pudiera ver. Tal vez no podría hacer el trabajo creativo que hace si estuviera en un cuerpo «normal». Elisabeth Kübler-Ross señala que cuando nuestro cuadrante físico está enfermo o no funciona, nuestros cuadrantes espiritual y mental suelen expandirse más de lo que se expandirían normalmente. Pone el ejemplo de los niños enfermos de leucemia, que parecen ser más sabios de lo que correspondería a su edad.[16] Yo acepto por fe la verdad de esto. En realidad no podemos esperar entenderla con nuestro yo lógico e intelectual. Ciertamente hay más cosas en el cielo y la tierra de las que imaginan nuestras filosofías.

Ábrete a los mensajes y misterios de tu cuerpo y sus síntomas. Sé entusiasta para escuchar y lenta para juzgar. Lo que oyes podría tener la capacidad de salvar tu vida.

3
La guía interior

Tan pronto como le diagnosticaron un cáncer de mama, Mary Lu me llamó para hablar de sus opciones de tratamiento. Le dije que parte de su curación sería aprender a confiar en sí misma, para tomar sus propias decisiones acerca del tratamiento después de reunir información de varios especialistas. Después me escribiría:

> Recuerdo que me asusté cuando te oí afirmar que durante la recuperación sabría qué hacer para tratar el cáncer. Recuerdo que pensé que esas eran opciones de vida y muerte, que no equivalían a decidir cómo pasar algún fin de semana. Entonces lo que vi de pronto fue que todos estos años mi alma ha estado siempre implicada en esto. Anne [Schaef] me recordó que yo había ido a mi primera sesión de grupo con ella en 1981, preocupada por mi salud. Fue justo después de un diagnóstico de colitis ulcerosa, y yo temía estarme matando a mí misma. Yo creo en la conexión mente-cuerpo-alma. Al tener que tomar decisiones respecto al tratamiento del cáncer, tuve el presentimiento de que tendría una verdadera oportunidad de confiar en mi guía interior. Confiar en mí misma con tal profundidad me asustaba, pero ahora, pasados varios meses, puedo decir agradecida que sí funciona, y que he confiado mucho en mi proceso durante todo esto. Y cada vez que me he guiado yo misma hacia mi curación, eso me ha dado un renovado valor para continuar confiando.

Nuestra guía interior puede dirigirnos hacia aquello que más favorece nuestra vida y nos la hace más satisfactoria. Mary Lu comprendió que era capaz de encontrar al cirujano con el que necesitaba trabajar y el tratamiento que mejor resultado le daría, incluso al enfrentarse con el cáncer de mama. Y no sólo eso, aprendió también que podía disfrutar de la vida al mismo tiempo. Eso lo hizo *dejándose conducir por el modo en que se sentía en cada momento del día.* Con cada paso que daba por ese camino, avanzaba hacia la decisión que sentía que era la mejor para ella. Cuando se avanza hacia aquello que es más satisfactorio y sustentador de la vida, la sanación va detrás, independientemente de cómo esté la salud en esos momentos.

CUADRO 3
FUENTES DE ORIENTACIÓN

Orientación externa: Visión cultural dominante	**Guía interior**
• El mundo físico es inferior al espíritu.	• El espíritu lo impregna todo.
• La naturaleza es inferior a Dios y debe ser dominada.	• La naturaleza es un reflejo del espíritu divino.
• Los seres humanos somos superiores al mundo natural.	• Los seres humanos somos cocreadores con el espíritu y la naturaleza.
• El comportamiento se basa en el miedo y la crítica.	• El comportamiento se basa en el respeto por uno mismo, que tiene por consecuencia el respeto a los demás.
• La diferencia es sospechosa y debe ser controlada.	• La diferencia se celebra como un reflejo de la creatividad del espíritu.
• Sólo hay una manera correcta de vivir y de ser.	• Hay muchos caminos hacia la realización y la dicha. Ninguno de ellos es superior a otro.
• La gratificación tarda en llegar. Hay que ganarse el disfrute y la satisfacción.	• Vive el momento y disfruta del proceso de crear.
• El valor inherente de una persona está ordenado en una jerarquía de superior a inferior.	• La vida es una aventura interdependiente y de cooperación con todos los seres conectados holográficamente.
• La guía de conducta la dictan las leyes e instituciones desde fuentes externas.	• La guía de conducta viene de la conexión con la guía interior.
• Existe una realidad puramente objetiva separada de la conciencia.	• Todo el Universo es una proyección de la conciencia.

• Obrar y esforzarse contra lo que *no* queremos es la única manera de conseguir algo.	• La conciencia crea todo lo que existe. Los pensamientos y sentimientos crean la realidad.
• El apoyo y el sustento han de obtenerse de personas e instituciones exteriores a uno.	• La persona se autosustenta mediante su conexión con su ser interior y con su sistema de guía interior.
• La aprobación de los demás es la base de la felicidad.	• Aprobarse y aceptarse a uno mismo es la clave de la felicidad.
• Los seres humanos somos intrísecamente defectuosos. Hay que ganarse la valía.	• Somos intrísecamente valiosos y dignos de amor en virtud de nuestra existencia. No tenemos que demostrar ni ganarnos nada.
• La guía espiritual sólo viene de los sacerdotes, pastores o iglesias.	• Nuestra guía interior y nuestro espíritu son intrísecamente amorosos y benéficos.
• Dios y el espíritu son los jueces supremos de la valía.	• El Universo está desplegándose continuamente.
• Es posible dominarlo todo y a todos.	• Los seres humanos no somos capaces de entenderlo todo desde un punto de vista estrictamente físico. El misterio forma parte de la maravilla de la vida.

Nuestra guía interior nos conduce por medio de pensamientos, emociones, sueños y sensaciones corporales. Nuestro cuerpo está diseñado para actuar como una estación receptora y transmisora de energía e información. Vivir conectadas con nuestra guía interior supone sentir nuestro camino por la vida utilizando todas nuestras partes: mente, cuerpo, emociones y espíritu. Cuando hablo de este proceso en este libro, me refiero a las diversas formas de escuchar y utilizar nuestra guía interior para efectuar cambios conscientes en nuestra vida, nuestro comportamiento, nuestras relaciones con los demás y nuestra salud.

Escuchar al cuerpo y sus necesidades

Por lo general, podemos estar seguras de que nuestros «sentimientos viscerales» respecto a alguien o algo constituyen una información correcta. Esto se debe a que el plexo solar, que es el sitio donde normalmente sentimos esa «reacción visceral», es en realidad un cerebro primitivo. Es también un importante centro intuitivo, esa parte de nuestro cuerpo que nos hace discernir si estamos a salvo y si se nos está mintiendo.

Cada una debe desarrollar *maneras* de *sintonizar con* las necesidades de su cuerpo. Podemos comenzar por cosas sencillas. Cuando estés cansada, descansa. Cuando tengas ganas de ir al lavabo, ve. Si sientes deseos de llorar cuando leas un cierto párrafo de este libro, llora. Si sencillamente no puedes leer ciertas partes del texto, fíjate en ellas: podrían referirse a temas que te resultan dolorosos. Limítate a tomar nota de tus reacciones. Observa cómo respiras mientras lees: ¿Se te acelera la respiración o se hace más lenta según el tema que estás leyendo? ¿Qué hace tu corazón? ¿Está acelerado o tiene un ritmo len-

to? Leer sobre el útero o el ciclo menstrual, ¿desentierra viejos recuerdos o te produce sensaciones corporales?

Con frecuencia les pido a las mujeres que presten atención a cómo se siente su cuerpo en cada momento. Para sanar nuestro cuerpo, tenemos que volver a entrar en él y experimentarlo. (Justo después de escribir esto, noté que tenía las piernas entumecidas. Llevaba demasiado tiempo sentada y no había hecho caso de mi necesidad de movimiento. Después de una caminata de diez minutos descalza por la hierba y unas cuantas respiraciones profundas, mi cuerpo se sintió mucho más despabilado y feliz.)

Tenemos que creer en la sabiduría innata de nuestro cuerpo. No es necesario que sepamos exactamente por qué le ocurre algo a nuestro cuerpo para responder a ello. No es necesario que sepamos por qué se nos acelera el corazón ni por qué tenemos ganas de llorar. La comprensión viene después de habernos permitido experimentar lo que estamos sintiendo. La sanación es un proceso orgánico que ocurre en el cuerpo y en el intelecto. Así pues, si te sientes «indispuesta» o «desasosegada», simplemente permanece con ese sentimiento, permítele que se manifieste. Una vez que te hayas dado permiso para experimentarlo, entonces dedica un momento a repasar los acontecimientos de las últimas horas o los últimos días. Si te sientes mal, enferma, o experimentas ciertas molestias, reflexionar sobre los últimos acontecimientos puede darte una pista relativa a lo que precedió a los síntomas.

Tengo un ejemplo de una experiencia mía reciente. Hace unos meses me desperté con los signos visuales y el entumecimiento de las manos y la cara que son los síntomas de una inminente migraña. A los doce años comencé a tener las clásicas migrañas, una y a veces dos cada mes hasta mi segundo curso en la universidad. Después estuve veinte años sin volver a tener una migraña. En mis años de adolescencia fui decididamente una personalidad migrañosa: me exigía sin piedad en el colegio y en todas mis actividades. Regularmente, el estrés producía «cortocircuitos» en mi sistema electromagnético.

Así pues, cuando comencé a notar esa vieja y conocida sensación, inmediatamente la aproveché como una oportunidad para aprender. Me puse una bolsa de hielo en la nuca, me eché en la cama, y en el silencio de la habitación, me concentré en calentarme las manos. (En una terapia de *biofeedback* había aprendido que es posible «abortar» una migraña relajándose totalmente y calentándose las manos.) Por fortuna, conseguí evitar una migraña hecha y derecha que en el pasado me tenía dolorida y con náuseas la mayor parte del día, y muy débil. Al cabo de una hora más o menos, logré empezar mis actividades, pero me sentía bastante deprimida. Repasé los tres días anteriores.

Había estado trabajando frenéticamente por la casa, tratando de ordenar y organizar años de desorden en dos días. Hacia el final de ese fin de semana había estado de mal humor, casi no me había tomado el tiempo para comer o ir al lavabo, y había fregado y limpiado durante horas sin descanso. Esa noche me acosté con dolor de cabeza. A la mañana siguiente, me desperté con los síntomas de una migraña. Me quedó claro que mi capacidad para hacer caso omiso de las necesidades de mi cuerpo (descanso, diversión y sustento) durante largos periodos continuaba intacta. Sólo que ahora mi cuerpo no me lo permitía tanto como solía hacerlo antes. De ahí la migraña. Lo consideré un aviso.

El principio de sanación que resume este aprendizaje es el siguiente: *Si no haces caso al mensaje la primera vez, te golpean con un martillo más grande la siguiente.*

La finalidad de las emociones, al margen de cuáles sean, es ayudarnos a sentir y participar plenamente en nuestra vida. Para tomar conciencia de nuestro sistema de guía interior, hemos de aprender a confiar en nuestras emociones. Esto no es siempre fácil, ya que a muchas mujeres se nos ha enseñado a vivir como si estuviéramos en una constante situación de emergencia. Pensamos: «Bueno, más tarde me ocuparé de esta emoción dolorosa. Ahora no tengo tiempo. He de terminar este informe» (o preparar la comida o lo que sea). Esta postergación o negación exige al cuerpo hablar en voz más alta para llamar la atención. La próxima vez que te sientas con ganas de llorar o de reír, párate y hazlo, experiméntalo.

A muchas mujeres se nos ha enseñado a «pensar» —no a sentir— que deberíamos estar animadas y ser felices todo el tiempo. La tristeza o el dolor son partes naturales de la vida. Son también grandes maestros. Nadie va por la vida sin experimentar tristeza o dolor. Sin embargo, nuestra cultura nos enseña que hay algo malo en el dolor, que hay que drogarlo, negarlo o evitarlo a toda costa, y los costes son muy elevados.

Lo que no nos enseñaron es que tenemos la capacidad innata de hacer frente al dolor, que nuestro cuerpo sabe hacerlo. Llorar es una de las maneras que tenemos de liberar el cuerpo de toxinas; nos permite mover la energía por el cuerpo y a veces volverla a canalizar o comprenderla de un modo dife-

rente. Cuando no nos permitimos sentir nuestras emociones y usamos procesos adictivos como correr o tomar tranquilizantes para animarnos, en realidad creamos hormonas (encefalinas) que reprimen las lágrimas (y la completa expresión de la emoción).[1] Las lágrimas contienen toxinas de las que el cuerpo necesita liberarse.[2] Las lágrimas de alegría y las lágrimas de aflicción tienen una composición química diferente y están influidas por las hormonas. También tienen una finalidad distinta. Cuando nos permitimos una liberación emocional completa, nuestro cuerpo, nuestra mente y nuestro espíritu se sienten limpios y libres. El conocimiento sobre qué hacer en una determinada situación sólo suele venir después de haber sentido las emociones que nos produce y haber derramado lágrimas si es preciso. Curiosamente, las lágrimas de alegría y las lágrimas de aflicción son fisiológica y químicamente distintas, aun cuando la tristeza y la alegría están muy relacionadas. No podemos sentir las alturas de nuestra alegría si no hemos sentido las profundidades de nuestra tristeza. Si bien la alegría y la tristeza expresan emociones diferentes, las dos son partes naturales de la forma en que nuestro cuerpo procesa y «digiere» los sentimientos.

Muchas enfermedades son simplemente el resultado final de emociones que se han ido acumulando durante años sin reconocerlas ni experimentarlas. Una de mis pacientes, que tiene un largo historial de migrañas, me dijo hace poco: «Finalmente toqué fondo con mis dolores de cabeza cuando el neurólogo quiso empezar a tratarme con litio. Entonces me di cuenta de que no deseaba tener los efectos de ese fármaco en mi cuerpo. Comencé una terapia de *biofeedback* para aprender a relajarme. Tuve una infancia tan dolorosa que no tenía a qué recurrir fuera del dolor de cabeza. Ahora comprendo que no tengo por qué continuar teniendo el dolor. Noto que me comienza el dolor de cabeza tan pronto como dejo de cuidar de mí misma. Si no descanso ni duermo lo suficiente, o si no me defiendo ante mi familia, comienzan los dolores de cabeza. Me doy cuenta de que durante todo este tiempo los dolores de cabeza han estado tratando de mostrarme algo».

Limpieza emocional: Sanar del pasado

La sanación puede producirse en el presente solamente cuando nos permitimos sentir, expresar y liberar emociones del pasado qué hemos reprimido o tratado de olvidar. A esto, yo lo llamo «incisión y drenaje emocional». Con frecuencia he comparado este profundo proceso con el tratamiento de un absceso. Cualquier médico sabe que para tratar un absceso hay que abrirlo con un corte y hacer salir el pus. Una vez hecho eso, el dolor desaparece casi de inmediato, y se puede formar tejido nuevo sano donde estuvo el absceso. Lo mismo ocurre con las emociones: también se encierran entre paredes, causan dolor y absorben energía, si no las experimentamos y liberamos.

Los niños liberan sus emociones de forma natural e inmediata, y todos tenemos la capacidad innata de hacerlo. Sin embargo, dado que nuestra cultura venera el dominio de las emociones, muy pronto aprendemos a reprimir esas liberaciones emocionales. Cuando una mujer me dice que está teniendo ataques de pánico o de llanto, sé que algo emocional está dispuesto a salir para ser procesado. A los observadores que no han experimentado este profundo proceso, puede parecerles que esta mujer está «derrotada», «desquiciada» o «descontrolada». Sin embargo, eso no es cierto; simplemente está permitiendo que tenga lugar un proceso de sanación dentro de su cuerpo. Sólo el intelecto ha perdido el dominio: ha cedido el mando a la sabiduría innata del cuerpo.

Con demasiada frecuencia los profesionales de la salud recetan medicamentos en estos casos. En consecuencia, el proceso natural de sanación de la mujer puede quedarse estancado durante meses o años. E incluso aunque no se receten medicamentos, la mayoría de las personas de nuestra cultura se sienten incómodas con las emociones que les surgen cuando ven a otra persona sentir sus emociones. Se precipitan, por lo tanto, a «consolar» a la persona que ha comenzado a llorar o se ha «descontrolado». Esto detiene el proceso emocional de esa persona, y al mismo tiempo protege a quien la «consuela» de experimentar sus propios sentimientos. El proceso de sanación se detiene para ambos.

Por otro lado, si se anima a la mujer a permanecer con lo que está sintiendo, a introducirse en ello y llorar, gemir o gritar todo el tiempo que sea necesario, estando plenamente con su yo más profundo, con frecuencia descubrirá que su cuerpo tiene la capacidad innata de sanar incluso recuerdos y acontecimientos muy dolorosos de su pasado. Cuando estemos dispuestas a permanecer con «lo que es» en lugar de huir de ello, seremos capaces de resolver experiencias dolorosas que han estado dormidas du-

rante años, robándonos la energía. Stephen Levine llama a esta experiencia «el dolor que pone fin al dolor».

Cuando nos hemos permitido una completa liberación emocional, el cuerpo, la mente y el espíritu se sienten limpios y libres. Surgen las percepciones profundas y vuelve la autocomprensión, enterrada desde hacía tanto tiempo. He visto a personas perdonarse a sí mismas y perdonar a los demás después de llevar a cabo un profundo proceso, porque por fin están en paz con los acontecimientos dolorosos de su pasado. Esto suele ocurrir incluso después de años de una intelectualización que nunca las sanó realmente.

Un ejemplo asombroso de esto fue el profundo proceso de una médica especialista en la infecundidad a la que llamaré Carol. Le daba mucha pena no conseguir que una mujer quedara embarazada a pesar de haber utilizado toda la tecnología actual a su disposición. Aunque su especialización no es una ciencia exacta, se tomaba muy a pecho el fracaso de las parejas en concebir. Esto llenaba de tristeza su actitud emocional hacia su vida profesional.

Durante un taller que yo estaba dirigiendo, la conversación comenzó a girar en torno al tema de las madres; muchas de las participantes expresaron y liberaron una gran cantidad de carga emocional. Carol se echó en una esterilla y se permitió llorar y lamentarse. Durante este proceso, repetía una y otra vez: «No necesito crear más mamás. No necesito crear más mamás». Cuando acabó, comprendió que en realidad nunca había tenido madre en el sentido afectivo. Cuando era pequeña, su madre la castigaba una y otra vez pegándole. En parte había elegido su profesión debido al sufrimiento no resuelto de su primera infancia: en un plano inconsciente, trataba de «crear mamas» con el fin de crearse la madre que necesitaba afectivamente. A partir de esa profunda comprensión, logró volver a su trabajo renovada y libre, liberada por fin de la carga de asumir la total responsabilidad del embarazo de sus pacientes.

Los sueños: Una puerta hacia el inconsciente

Los sueños son otra parte de nuestro sistema de guía interior. Hay pruebas científicas que demuestran que la cantidad de actividad cerebral cuando soñamos es idéntica a la cantidad de actividad cerebral cuando estamos despiertos. Durante los sueños, nuestra guía interior trabaja con el cerebro para trazar un mapa de las actividades y los objetivos que deseamos o necesitamos para un futuro sano y equilibrado. Los sueños también nos muestran las direcciones beneficiosas y perjudiciales hacia las cuales dirigimos nuestra energía, y cómo y dónde necesitamos hacer modificaciones.

Una de mis pacientes, que estaba sanando de un dolor pelviano crónico, me contó que a medida que sanaba se volvía cada vez más competente y poderosa en sus sueños. Para ella era un placer irse a la cama por la noche a ver de qué sería capaz en el siguiente sueño.

Otra paciente, que se estaba recuperando de un incesto, me contó: «Hace poco soñé que una niña de cuatro años trataba de hablarme de alguien que le hizo daño. Sé que yo soy esa niña, y que es necesario que la escuche en mis sueños».

Otra mujer, aquejada de vaginitis crónica, pidió a sus sueños que la Orientaran acerca de qué debía hacer, ya que ninguno de nuestros tratamientos físicos daba resultado. A la semana siguiente volvió a la consulta y me contó: «Tuve el sueño. Todo estaba negro, y oí una voz que me decía: "Cuando te libres de Larry, desaparecerá el problema"». Finalmente fue capaz de ocuparse de los problemas de su relación y el trastorno comenzó a solucionarse.

Aprende a prestar atención a tus sueños escribiéndolos tan pronto como despiertes. Antes de dormirte planea recordarlos. Ten junto a la cama una libreta y un bolígrafo.

Intuición y guía intuitiva

La intuición es «la percepción directa de la verdad o realidad, independiente de cualquier proceso de razonamiento». Un excelente ejemplo de intuición es cuando uno entra en una habitación oscura y de algún modo «sabe» que hay alguien allí, aunque no pueda ver a la persona y no sepa de antemano que está allí. Todos nacemos con esa capacidad, y todos fuimos muy intuitivos en nuestra primera infancia. Sin embargo, debido a la educación, la mayoría perdemos ese modo de conocimiento alrededor de los siete años. En general, cuanto más educación recibimos en esta cultura, menos confiamos en nuestra intuición natural. Dado que nuestra sociedad glorifica cualquier forma de pensar lógica y racional, del

hemisferio cerebral izquierdo, se nos enseña a descartar otras formas de conocimiento por considerarlas primitivas o ignorantes.

De este modo la capacidad intuitiva se ha convertido en sospechosa y se ha desaprovechado. Sin embargo, es una habilidad que se puede reaprender en cualquier momento, porque es un modo totalmente natural de conocer. Si bien las adicciones nos mantienen desconectados de lo que sabemos y lo que sentimos y la mayoría estamos desconectados de nuestra intuición la mayor parte del tiempo, cuando nos orientamos más hacia dentro y conectamos con nuestro sistema de guía interior, automáticamente accedemos a nuestra intuición. Nuestra sociedad admite que incluso los genios que hay entre nosotros sólo usan alrededor de un 25 por ciento de su capacidad cerebral. Usar la intuición es simplemente aprovechar más la inteligencia de lo que estamos acostumbrados.

La guía intuitiva es la capacidad de leer nuestro campo energético (o el de otras personas). Tiene siglos de antigüedad y ha formado parte de muchos y antiquísimos sistemas de diagnosis y curación. Todos los chamanes tradicionales han trabajado de esa manera, así como los sanadores de la tradición wicca.[3] La guía intuitiva puede servirnos para detectar bloqueos de energía antes de que se conviertan en físicos. Teniendo esta información, podemos tomar medidas y mantenernos sanos.

Cómo funciona la guía interior

Una de mis amigas, una compañera de facultad que tiene mal la espalda, ha notado que siempre le viene el dolor de espalda cuando tiene que hacer algo que no desea hacer (esto es así a pesar de que tiene un problema supuestamente «físico» que por sí solo debería explicar sus síntomas). Ha proyectado escribir un ensayo sobre su campo de investigación, pero siempre que piensa en hacerlo y en los colegas con quienes se va a relacionar en ese trabajo, le duele el cuello y se le revuelve el estómago. Toda su formación le ha enseñado que publicar ese ensayo es lo que «debe» hacer para progresar en su carrera. Sin embargo, su guía interior, que le habla mediante sus sensaciones corporales, le dice algo muy distinto. Sabe que si quiere continuar sana debe dar el paso decisivo de elegir entre lo que le dice su guía interior y lo que le dice la sociedad sobre lo que es mejor.

Nuestro cuerpo está diseñado para funcionar mejor cuando hacemos el trabajo que sentimos que es el correcto para nosotras. Si deseamos saber cuál es la voluntad de Dios para nosotras, lo único que tenemos que hacer es mirar nuestros dones y talentos, porque ahí es donde la encontraremos. Cuando una mujer trabaja en algo que la satisface, su salud mejora. Si una mujer desea saber cuáles son sus dones y talentos, puede pensar en cuando tenía entre nueve y once años, antes de que la cultura la hipnotizara». ¿Qué le gustaba hacer? ¿Qué deseaba ser? ¿Quién creía que era?

Otra manera de conectar con nuestros dones y talentos es preguntarnos qué haríamos si supiéramos que sólo nos quedan seis meses de vida. ¿Seguiríamos en nuestro trabajo actual? ¿Continuaríamos con nuestra pareja?

Estamos destinadas a avanzar hacia lo que sea que nos procure satisfacción, crecimiento personal y libertad. Nacimos sabiendo qué actividades, cosas, pensamientos y sentimientos están relacionados con esas cualidades. Hemos de aprender a confiar en nosotras mismas y saber que podemos avanzar con naturalidad hacia aquello que es sanador y gratificante.

A muchas personas se les ha enseñado que no pueden tener lo que desean y que una vida llena de esfuerzos es más honorable que una llena de alegría. También se nos ha enseñado a desconfiar de lo que es demasiado gratificante o demasiado agradable. Esta creencia se refleja en nuestro cuerpo. Un eminente investigador de la hipnosis hizo notar una vez que los efectos negativos, las ampollas por ejemplo, son dos veces más fáciles de inducir que los resultados positivos.[4] Sin embargo, cuando expresamos claramente lo que deseamos y por qué, al instante estamos en armonía con nuestra guía interior. Esto se debe a que sentimos agrado en el cuerpo al pensar y meditar en lo que deseamos y por qué lo deseamos.

Nos entusiasman y estimulan automáticamente estos pensamientos y sentimientos, lo cual a su vez nos mantiene en contacto con nuestro conocimiento interior y nuestra energía espiritual. El resultado es entusiasmo y alegría.

Con demasiada frecuencia nuestra cultura nos ha enseñado que es egoísta tener deseos y sueños y disfrutar. A muchas chicas, cuando entran en contacto con su poder interior, se les dice: «¿Quién te crees que eres, la reina de Saba?». Muchas hemos oído eso de «No te vayas a romper el brazo dándote tantas palmaditas en la espalda» cuando hemos hecho un trabajo que nos enorgullece u otras personas han encontrado meritorio algo que hicimos con gusto, por el placer de hacerlo. Durante toda la vida ese tipo de frases nos han parado en seco. Se nos acusa de ser egoístas cuando damos prioridad a nuestra vida y nuestros intereses. Se nos ha educado para evitar a toda costa que nos consideren egoístas.

En general, a las mujeres de nuestra cultura les cuesta muchísimo buscar o tratar de lograr lo que desean y necesitan en un ambiente en el cual se supone que deben realizar y responsabilizarse de todas las tareas de la vida cotidiana, como criar a los hijos, preparar las comidas y repartir cariño y cuidados. Incluso si la crianza de los hijos y llevar la casa es exactamente lo que la mujer más desea hacer, es posible que descubra que esas tareas son subvaloradas y mal retribuidas. Sin embargo, nada va a cambiar en las circunstancias externas de una mujer mientras ella no aprenda a valorar su vida y sus dones tanto como le han enseñado a valorar y estimular la vida de los demás. Una amiga mía dice: «Si quieres ser una de las elegidas, lo único que tienes que hacer es elegirte».

Casi todas las mujeres que conozco han sido condicionadas socialmente a creer que lo correcto es poner a todo el mundo antes que ellas. Pero podemos invertir esta idea y atendernos a nosotras mismas. Dana Johnson, una amiga mía investigadora y enfermera cualificada, incluso se recuperó de una esclerosis lateral amiotrófica aprendiendo a respetar todos los aspectos de su cuerpo. Unos años después de habérsele diagnosticado la enfermedad, comenzó a perder el control de los músculos respiratorios además de los del resto del cuerpo. Sus dificultades para respirar le hicieron pensar que se iba a morir. Entonces decidió que deseaba experimentar el amor incondicional por sí misma al menos una vez antes de morir. Describiéndose a ella misma como «un trozo de gelatina en una silla de ruedas», se instalaba cada día frente a un espejo durante quince minutos y elegía diferentes partes de sí misma para amar. Comenzó por las manos, ya que en ese tiempo eran las únicas partes de sí misma que podía apreciar incondicionalmente, y después fue pasando a las otras partes. Día a día, su cuerpo físico fue mejorando a medida que aprendía a apreciarlo. También comenzó a escribir en un diario las percepciones que iba teniendo durante ese proceso; poco a poco llegó a comprender que desde su infancia había creído que, para ser útil y lograr la aceptación de los demás, tenía que sacrificar sus propias necesidades. Le fue necesaria una enfermedad que pusiera en peligro su vida para aprender que ser útil mediante el autosacrificio no tiene ningún futuro. Aunque sentirse bien por ser útil es de por sí favorecedor para la salud, son demasiadas las mujeres que hacen pasteles, preparan el café y limpian la casa porque eso es lo que se espera de ellas y se sentirían culpables si no lo hicieran. Servir a los demás porque una se siente obligada a hacerlo genera agotamiento y resentimiento.

Saber lo que no queremos

Además de saber lo que queremos, tenemos también la capacidad de saber lo que no queremos. Saber lo que no queremos es algo innato. Todos los bebés saben lo que les agrada y lo que les desagrada, y hasta alrededor de los seis años un niño va automáticamente hacia lo que le agrada y evita lo que le desagrada. Esta capacidad se ve en su forma más pura en un niño de dos años que acaba de aprender a decir «no».

La capacidad de decir «no» a lo que no nos apoya es una parte esencial de nuestro sistema de guía interior. Jamás es demasiado tarde para comenzar a decir «no» a aquellas cosas que nos agotan y «sí» a las que nos reponen.

- Cuando una amiga te llame para pedirte un favor o ayuda, deténte un momento y pregúntate: «¿De veras quiero ayudarla ahora o preferiría hacer otra cosa?».
- Cuando alguien te pida que hagas algo, fíjate en lo que pasa en tu cuerpo. ¿Cuáles son las zonas de tensión? ¿Sientes alguna «reacción visceral» de cualquier tipo? ¿Qué te dice tu cuerpo: «Sí, esto va a ser agradable» o «No, esto va a ser agotador» ?
- Si estás cansada o irritable al final del día, pregúntate qué pensamientos, actividades o personas te agotaron la energía.
- Los días que te sientas estupendamente, pregúntate qué pensamientos, actividades o personas te aumentaron la energía.

- Lleva un diario y escribe en él todo lo que te aporta un flujo de energía positiva que te repone. Prestar atención a esas cosas atraerá más de ellas a tu experiencia.

Una de mis pacientes, una asistenta social, vino a verme aquejada de síndrome premenstrual y leves ataques de ansiedad. Al interrogarla para hacerle el historial, advertí que jamás tenía ni un ratito para ella, que su vida estaba sobrecargada de ocupaciones para atender las necesidades de otras personas mientras descuidaba las suyas. Le dije que debía observar qué actividades le reponían su energía y cuáles se la agotaban. También le dije que para acabar con esos síntomas tenía que dedicar como mínimo una hora al día a recargar sus pilas energéticas, descansando o haciendo algo que le gustara. Eso hizo, y un mes después ya le habían desaparecido todos los síntomas. Me dijo que estaba aprendiendo a ver cómo agotaba su energía en su vida cotidiana. «Cuando me echo o me siento a escribir en mi diario, literalmente siento cómo me vuelve la energía al cuerpo. Ha sido una revelación para mí descubrir lo importantísimo que es esto para mi bienestar físico y emocional.»

Todos recibimos con regularidad mensajes de nuestro cuerpo sobre lo que es bueno para nuestra salud y nuestro bienestar y lo que no lo es. Cuando estamos haciendo o incluso pensando algo que no nos apoya totalmente, nuestro cuerpo lo sabe de inmediato. A una de mis amigas le da diarrea y calambres estomacales con sólo pensar en ir a visitar a sus padres. Durante toda su infancia fue maltratada física y emocionalmente, y ese maltrato ha continuado en su edad adulta. Su cuerpo sabe que visitar a sus padres no va a ser bueno para ella, y le envía los síntomas a modo de mensajes para que no vaya. Cuando se da permiso para no ir a visitarlos, sus problemas gástricos desaparecen de inmediato.

Para crear salud diariamente, mucho antes de que nos sobrevenga la enfermedad, es necesario que prestemos atención a las sutiles señales que nos envía nuestro cuerpo sobre lo que nos gusta y lo que nos desagrada. La dificultad para pensar, los mareos, las palpitaciones, el acné y los dolores de cabeza, de espalda, de estómago y de pelvis, son algunos de los síntomas comunes pero sutiles que suelen señalar que es hora de que dejemos lo que no deseamos en la vida. He aquí un ejemplo de mi propia vida.

En los años ochenta, cuando tenía dos hijas pequeñas, trabajaba demasiadas horas y solía notar que algunos aspectos de mi trabajo no eran respetados por mis colegas. Con frecuencia me aparecían grandes espinillas, cosa que hasta entonces jamás había tenido, ni de adolescente ni en ninguna otra época de mi vida. Tomé vitaminas, cambié de dieta y empleé varias cremas para la piel. Nada dio resultado, hasta que dejé ese trabajo. En seis meses desapareció el problema y jamás me ha vuelto.

Ciertamente mi cara era un barómetro de mi bienestar durante esos años. Con el trastorno de la piel, mi cuerpo me decía que mi entorno laboral no me apoyaba de manera óptima. Mi piel estaba registrando mi sensibilidad y mi enfado por no ser totalmente aceptada por mis colegas (yo tampoco me aceptaba totalmente en ese tiempo). Todas estas emociones estaban bajo la superficie, aunque yo no me daba cuenta de ello. Una vez que «encaré» mis necesidades más profundas y abandoné la situación que sencillamente no me apoyaba, me mejoró automáticamente la piel. Cuando mi vida se limpió, también se me limpió la cara.

Las emociones negativas existen para hacernos saber que no estamos frente al camino más despejado para lo que queremos. Cuando comprendemos que nuestro cuerpo y sus síntomas (sentimientos) son nuestros aliados, que nos señalan lo que es para nuestro mayor bien y lo que no, nos liberamos. Siempre que te sientas enfadada o alterada, o tengas un dolor de cabeza u otros síntomas corporales, tómate un momento para reflexionar sobre lo que quiere decirte tu cuerpo. Cuando estoy atrapada en una espiral descendente de sentimientos negativos, al instante sé que me he desconectado de mi guía interior y que estoy prestando demasiada atención a lo que no deseo. He aprendido a notar cuándo me siento mal y me detengo al momento. Si logro darme cuenta en el instante en que comienza el mal humor, suelo lograr que mi energía vuelva a fluir positivamente con el siguiente proceso:

1. Reconozco el sentimiento sin hacer ningún juicio sobre él. Evito revolcarme en la emoción negativa y prolongarla, pero sí la siento totalmente. «Permanezco con el sentimiento.»
2. Reconozco que hay un motivo por el cual me siento así.
3. Dedico veinte segundos a identificar qué es lo que hace fluir negativamente mi energía. Por ejemplo, ayer me enfadé porque alguien del personal no me dio un mensaje importante a tiempo para llamar yo a mi vez en seguida.

4. Una vez identificada la causa de mi emoción negativa, me pregunto qué puedo hacer. (Le pido ayuda a una amiga si necesito ayuda para aclarar mis deseos de una manera positiva y no reactiva.) Normalmente lo que deseo es lo contrario de lo que estoy experimentando en el momento en que me siento mal. Preguntarme qué deseo vuelve mi enfoque hacia pensamientos positivos y eso mueve mi energía hacia mis deseos.
5. Le pongo nombre a lo que deseo. Declarar los deseos es un acto muy poderoso, porque los define claramente, permitiendo que nuestra energía creativa vaya hacia ellos. Así, en el caso citado antes, diría: «Deseo recibir los mensajes telefónicos a tiempo para poder responder a ellos pronto y eficazmente». Esta declaración refleja energía positiva que fluye hacia lo que deseo. Dado que es una declaración de pura energía positiva, que no contiene ninguna negatividad, contribuye a atraer a mi experiencia lo que deseo. Cuando estoy pensando o hablando de lo que deseo, la emoción negativa suele desaparecer sola.
6. Finalmente, afirmo que tengo el poder dentro de mí, por medio de mi guía interior y la fuerza de mi deseo, para lograr lo que quiero.

Seguir este proceso no es una manera de negar mis emociones ni de echarlas. En realidad me ayuda a reconocerlas, a sentirlas totalmente y a usarlas como guías hacia lo que deseo. Con regularidad me siento, libreta en mano, y hago una lista de lo que deseo exactamente en una determinada situación. Esto armoniza mis pensamientos con mi guía interior y me hace sentir bien. Generalmente a continuación viene la inspiración sobre qué hacer. Observa, por favor, que no intento imaginarme qué hacer ante una situación mientras no he pasado por todo el proceso de mirar en la dirección de lo que deseo. El motivo de esto es que el pensamiento dirigido crea vibraciones que después se convierten en inspiración. Me recuerdo que siempre que reacciono «contra» algo que no deseo, sólo me creo «más» de lo que no resulta, y mis actos se quedan fijados en lo que no quiero en lugar de dirigirse a crear lo que deseo. Antes, por ejemplo, mi marido solía pasar muchas horas en el hospital y no llegaba a tiempo para la hora de la cena. Yo solía mirar por la ventana esperándolo, tratando de tener la comida caliente, sintiendo rabia contra él y lástima por mí. Cuanto más le exigía que llegara a tiempo, más se convertía esto en un problema en nuestra relación. Un día sencillamente decidí no esperarlo y comer sola y después continuar con las actividades de la noche y pasármelo bien. Esto lo hacía siempre que él no estaba en casa a la hora en que había dicho que estaría. Al final comenzó a llegar a la hora espontáneamente, y desde entonces esto no ha sido problema.

Por desgracia, en lugar de usar nuestros sentimientos como una guía interior, fuimos educadas para temer o negar nuestras emociones y sentimientos negativos o juzgarlos «malos». A la mayoría se nos enseñó que ser capaz de controlarnos a nosotras mismas y dominar nuestras emociones es encomiable y una señal de éxito. Cuando asesinaron a John Kennedy, mi madre comentó que Jackie era un estímulo y un modelo para la nación porque caminó detrás del ataúd con dignidad, sin derramar ni una sola lágrima ni demostrar ninguna emoción. Aunque puede ser admirable mantenerse tranquila y compuesta en ese tipo de situaciones apremiantes, con demasiada frecuencia ese dominio se convierte en un hábito tan arraigado que las mujeres se desconectan de sus emociones incluso en situaciones en que no hay ningún riesgo en expresarlas y sí sería sanador hacerlo. Los hombres corren aún mayor riesgo que las mujeres de desconectarse de sus sentimientos, dado que desde niños aprenden que «los chicos no lloran». A una amiga mía le enseñaron que si tenía ganas de llorar debía enterrar la cara en la almohada para que el resto de la familia no tuviera que oírla. No obstante, llorar forma parte de nuestro sistema «digestivo» emocional y es una *manera* de que *continúe* circulando la energía por nuestro cuerpo.

Anne Wilson Schaef señala que el sistema adictivo tiene una orientación hacia «no vivir». Esta orientación nos anima a ocultar las cosas, como en la frase: «Mejor no meneallo». Al aprender muy pronto que las emociones son malas o vergonzosas, aprendemos a no confiar en nuestra guía interior ni en nuestro cuerpo. Cuando se nos anima a desconectarnos de lo que sabemos y lo que sentimos en general, se nos entrena sistemáticamente para no avanzar hacia la satisfacción de nuestros más profundos deseos y a no decir que no a lo que no deseamos. Incluso la religión nos enseña a aplastar nuestra innata alegría y nuestra creatividad, y que lo agradable es pecado. Matthew Fox afirma: «Nuestra civilización no ha hecho un buen trabajo con la energía llamada placer y alegría».[5] Necesitamos saber que la esencia de una vida basada en la guía interior es una abundancia de placer y alegría.

Todos los bebés de tres meses que he conocido sonríen y se ríen a carcajadas: reflejan la verdadera naturaleza gozosa con que todos nacemos. Ashley Montagu dijo una vez que la mayoría de los adultos no somos otra cosa que «niños desintegrados». Afortunadamente, nuestra guía interior está siempre a nuestra disposición para recordarnos nuestra dirección hacia la satisfacción. Cuando nos volvemos a conectar con nuestra guía interior y dejamos de creer que nuestro cuerpo y nuestros sentimientos son malos cuando nos ofrecen información, estamos en el camino hacia una vida llena de crecimiento y dicha.

4
El sistema energético femenino

Comprender cómo funciona la energía en el cuerpo femenino puede servirnos para descifrar el lenguaje único y especial de nuestro propio cuerpo. La localización física de una enfermedad, es decir, dónde se produce, tiene un significado psíquico y emocional. Pautas mentales y emocionales concretas están relacionadas con lugares específicos del cuerpo. Los pensamientos, emociones y comportamientos se reflejan o quedan estampados simultáneamente en el cerebro, la médula espinal, los diversos órganos, la sangre, el tejido linfático (sistema inmunitario) y el campo electromagnético que rodea todas estas zonas. Entender las diferentes formas dinámicas de energía que nuestro cuerpo origina y en las cuales actúa, va a servirnos para valorar cómo pueden manifestarse en nuestro cuerpo las energías positiva o negativa.

El continuo materia-energía

El sistema de energía del cuerpo es siempre cambiante, y la posibilidad de sanación o enfermedad está presente en todo momento. Las células precancerosas, por ejemplo, se producen con regularidad; pero sólo forman cánceres invasores cuando se deterioran los controles internos.[1] La energía mental y emocional entra y sale de la forma física con regularidad, oscilando en el continuo formado por energía y materia, partículas y ondas. La energía mental y emocional puede volverse física en nuestro cuerpo con bastante facilidad.

Cuando tenemos un estrés emocional crónico no resuelto en un determinado aspecto de nuestra vida, este estrés se registra en nuestro campo energético como una perturbación que puede manifestarse en forma de enfermedad física. He aquí cómo ocurre: si nos obsesionamos por alguien o algo, nuestro cuerpo pierde energía vital. Cuando nos obsesionamos, obstruimos la energía (*chi, ki, prana o qi)* en un proceso negativo que la desvía de nuestras células, con lo cual se interrumpen los procesos celulares vitales. Perdemos energía en cualquier situación en la cual la ira o el miedo domina nuestra capacidad para avanzar en la vida. Si bien la mayoría de los médicos no consideran el comienzo de la enfermedad desde el punto de vista de estas pérdidas de energía, es interesante notar que algunas investigaciones médicas respaldan esta observación. En un estudio, por ejemplo, se demostró que las células cancerosas «roban» energía a los tejidos normales adyacentes (en la forma de la molécula DPN [difosfopiridina nucleótido], que es parecida al ATP [trifosfato de adenosina]).[2]

En todo caso, pensar en los campos energéticos y en las pérdidas de energía puede servirnos para entender qué es un proceso de sanación e iniciarlo. Cuando persistimos en continuar enfadadas con alguien que nos ha hecho daño, por ejemplo, una parte de nuestro espíritu está ocupada con esa persona y no está disponible para nuestra sanación. Los chamanes creen que cuando una persona ha sido gravemente maltratada, una parte de su espíritu huye para escapar del maltrato. Una de las tradiciones curativas del chamanismo se llama «recuperación del alma», en la cual se llama al «espíritu» que ha huido, para que vuelva. Muchas mujeres que sufrieron abusos sexuales en su infancia cuentan que «abandonaban su cuerpo» durante el abuso. Algunas recuerdan que una parte de ellas salía de su cuerpo, subía hasta el techo y desde allí «observaba». Esta parte separada de su espíritu no la tienen disponible en el presente para sanarse.

Muchas veces no somos conscientes de esas pérdidas de energía. Pero si continúan sin ser sanadas, la consecuencia suele ser el malestar corporal. Los síntomas corporales pueden servirnos para llevar la atención a esa zona de modo que pueda comenzar la sanación. Una de mis pacientes, que está pasando por la menopausia y vino a verme porque sufría de insomnio y depresión, me contó que cuando era niña habían abusado sexualmente de ella. No había tenido conciencia del abuso hasta una semana antes de venir a verme. Había pasado por un penoso divorcio a los cuarenta años, y no hacía mucho había roto con su compañero, una relación que había durado siete años. «Ahora comprendo —me dijo— que me he

pasado toda la vida tratando de no recordar que abusaron sexualmente de mí. Ahora que sé lo que sucedió, entiendo por qué nunca he tenido una relación satisfactoria. Siempre apartaba de mí a las personas. No sabía estar totalmente presente en una relación. Pero no sabía hacer otra cosa. Ahora lloro por mis primeros años y por el hecho de haber tardado tanto tiempo en recordar y liberar el pasado. Pero por fin ha desaparecido el permanente nudo que tenía en el estómago. Me siento libre. Me siento muy aliviada.» Sus problemas de insomnio y depresión mejoraron espontáneamente cuando surgieron los recuerdos del abuso y salieron de su campo energético.

Cómo sanar las pérdidas de energía

Para sanar o mantenernos sanas es útil que nos fijemos por dónde «gotea» nuestra energía. Un buen momento para hacerlo es cada noche al acostarnos. Para comenzar el proceso de sanar las pérdidas de energía, simplemente fíjate en quién o en qué estás pensando, quién o qué te preocupa u obsesiona. ¿Qué pensamientos, emociones, acontecimientos o personas te vienen continuamente a la cabeza? ¿Hay alguna emoción o pensamiento que te obsesiona? Obsérvate para ver si sientes resentimiento contra alguien. Cuando encuentres esas zonas, debes llamar a tu espíritu para que vuelva. Una manera de hacerlo es usar toda tu voluntad y la fuerza de tu deseo para llamar a esas partes tuyas que están atrapadas en situaciones pasadas o presentes y que no se ocupan de tu mayor bien. Es útil hacerlo en voz alta. Di simplemente: «Espíritu, vuelve aquí, te necesito aquí conmigo». Tus partes separadas no están acostumbradas a esta llamada, pero finalmente responderán a tus esfuerzos, y entonces tu energía volverá.

La mayoría de las obstrucciones de los sistemas de energía son de naturaleza emocional. Es útil imaginarse el sistema energético como si fuera un río. Mientras esta corriente de energía sea sana y te sientas a gusto contigo misma, hay mucho menos riesgo de enfermedad. Las toxinas medioambientales, la grasa de las comidas y el exceso de azúcar y de alcohol, por ejemplo, normalmente no se manifiestan como enfermedad a no ser que otros factores ya hayan establecido primero el patrón de bloqueo en el sistema energético del cuerpo.[3] Los factores de riesgo ambientales o alimentarios se pueden comparar a «escombros» llevados por la corriente de energía corporal. Estos escombros continúan flotando en la comente a no ser que se encuentren con un árbol caído u otro obstáculo en el agua que fluye por el río. Cuando así sucede, los escombros se acumulan en las ramas del árbol caído. Con el tiempo, acumulaciones similares en la corriente de energía que circula por el cuerpo pueden ser causa de enfermedad física. De hecho, hay estudios científicos que han asociado un fallo en el flujo de información entre las células con la inducción de cáncer en esas células. Una barrera física de cualquier tipo que obstruya la comunicación entre las células es una influencia cancerígena.[4] La grasa y el tejido conjuntivo que forman un miofibroma, por ejemplo, solamente lo hacen cuando la circulación de la energía alrededor y dentro del útero ya está bloqueada de alguna manera.

Nuestras emociones suelen quedarse estancadas en la infancia, en la época en que no se nos permitió experimentarlas plenamente. En esta cultura, que nos enseña a separar nuestro conocimiento intelectual adulto de nuestra realidad y nuestras necesidades en el plano emocional, una persona puede tener un doctorado en filosofía por la Universidad de Harvard pero un cuerpo emocional de un niño de dos años. Las emociones no expresadas ni reconocidas se quedan estancadas energéticamente. Por su parte, las emociones que se expresan y se sienten, simplemente fluyen por el sistema energético sin dejar asuntos «inconclusos» residuales.

No tenemos por qué esperar a contraer cáncer u otras enfermedades para recibir el mensaje de que necesitamos cambiar nuestro sistema de energía y comenzar a crearnos una buena salud. Nadie está del todo libre del miedo, la ira y el estrés que van y vienen como parte de la vida normal. Cuando estas emociones se hacen lo suficientemente intensas para afectar a nuestro bienestar psíquico y emocional de modo regular, vamos en dirección a la enfermedad física a no ser que las resolvamos de una manera sana. Cuando el sufrimiento, la rabia y la frustración cotidianos no resueltos roban a nuestro cuerpo la energía productora de salud, es esencial llevar sanación y comprensión a nuestros pensamientos, emociones y actos.

Hay aquí un punto importantísimo: es completamente posible que una mujer viva toda su vida libre de enfermedades físicas aunque haya sido violada, maltratada o desatendida cuando era niña. Los

problemas de la primera infancia no causan necesariamente perturbaciones de la energía ni enfermedad física. Estas cosas suelen ocurrir después de que la mujer comienza a desarrollarse como individuo y forma su identidad y sus opiniones, «distintas» de las de su familia y su pasado. En ese momento es posible que comprenda que lo que le ocurrió cuando era niña no era aceptable. Sin embargo, eso lo comprende desde el punto de vista de una persona madura, no de la niña que era entonces.

Las heridas del pasado de una mujer sólo se hacen potencialmente devastadoras para ella, física o emocionalmente, cuando tiene la idea de que lo que le ocurrió en el pasado estuvo mal, que no debió haber ocurrido, y que los miembros de su familia abusaron de ella deliberada y conscientemente. Entonces introduce en su patrón emocional y psíquico un modelo conflictivo de cómo debió haber sido su vida. Esto dispone el escenario para los efectos tóxicos de la acusación y la culpa. Aunque una mujer haya sido aterrorizada y maltratada cuando era niña, ese primer abuso no va a afectarla a ella ni a su cuerpo a no ser que comience a creer que tenía derecho a una vida diferente. En ese momento empieza a revivir y revaluar sus primeras experiencias desde el punto de vista de una persona que examina el escenario de un crimen. Entonces podría muy bien producirse la interrupción del flujo de energía y la subsiguiente enfermedad si ella es incapaz de resolver su dolor emocional y psíquico con perdón y comprensión hacia sí misma y los demás.

La química del conflicto, o indignación justiciera, requiere dos energías importantes: la primera se produce cuando la mujer comienza a recordar que efectivamente fue violada de alguna manera. La segunda se produce cuando interpreta esos acontecimientos desde la perspectiva de que su familia eligió hacerle eso a ella de un modo deliberado y consciente. Esta actitud mental, no el abuso, es lo que crea la enfermedad.

He aprendido a reconocer los efectos nocivos de la «indignación justiciera» en mi propio cuerpo. Quedarse atascada en esa energía durante mucho tiempo es autodestructivo. Cuanto más tiempo permanecemos en esa modalidad, buscando a un agresor a quien culpar de lo que nos sucedió, ya sean los hombres, nuestra madre, el Gobierno o los médicos, más se nos agota la energía del cuerpo.

Lo que ahora llamamos «incesto», por ejemplo, no se considera que lo sea en algunas culturas, sino que se lo ve como una «participación tribal». Algunos grupos todavía viven así en muchos países. La circuncisión de las jóvenes se realiza rutinariamente por mujeres mayores en las culturas en las que se practica. Según el saber tribal, la joven será considerada «mercancía manchada» si no ha sido circuncidada. Según nuestro punto de vista cultural occidental, eso es barbarie. Dado que se está tomando más conciencia de los efectos físicos, psíquicos y espirituales de la circuncisión femenina, ahora se está sacando a la luz el tema, se discute y se revalúa.

El incesto y otras violaciones de los derechos humanos han sido la norma durante los cinco mil últimos años. «No se consideraron delitos, como se consideran ahora —escribe Caroline Myss— hasta que comenzamos a revaluar nuestros límites personales dentro del marco tribal.» En mi opinión, esta revaluación colectiva constituye una recuperación, una liberación, del sistema adictivo.

Ciertamente nuestros primeros años de vida familiar tienen una profunda influencia en nuestro carácter y nuestra salud. Un estudio prospectivo de la doctora Caroline Thomas, por ejemplo, indica que la falta de intimidad de un hombre con sus padres, o el hecho de tener un padre que no se implica física y emocionalmente, permitiría pronosticarle una discapacidad precoz y muerte por suicidio, hipertensión, enfermedad coronaria y tumores.[5]

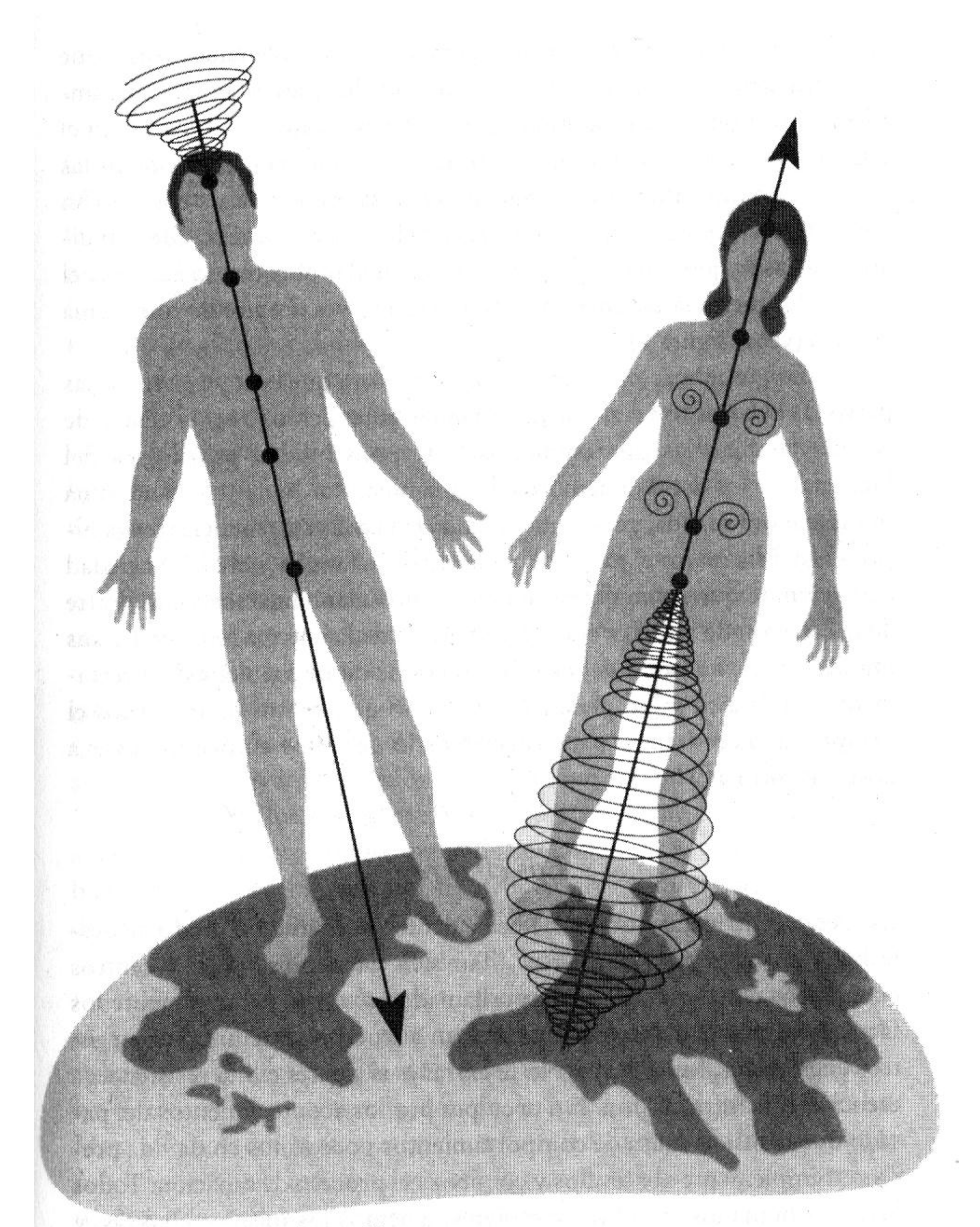
La energía de la Tierra

Las filosofías orientales tradicionales describen la profunda interacción entre la energía de la Tierra y la del cuerpo físico humano, y la fuerte conexión entre la energía femenina y la atracción natural de la Tierra. Entender que la naturaleza de la mujer, con sus flujos y reflujos, es positiva y poderosa, nos da la oportunidad de sanar y vivir de forma equilibrada y sana.

Según algunas creencias orientales, el cuerpo de las mujeres difiere del de los hombres en que la energía de la Tierra sube por nuestro cuerpo y lo penetra. Esta energía femenina «atrae hacia dentro», es una fuerza centrípeta, y es irresistible. Es tan poderosa, que si se vive en un ambiente familiar, la mayoría de los miembros de la familia giran alrededor de la persona que tiene la mayor energía centrípeta —generalmente la madre—, y cuando no está, lo notan agudamente. Los hijos se guardan sus quejas para

contárselas a su madre al final del día si ella no ha estado en casa. Mis hijas siempre quieren saber dónde me encuentro cuando estoy en casa. Si salgo de una habitación, antes de que pase un minuto me llaman: «Mamá, ¿dónde estás?». Cuando eran más pequeñas siempre tenían que estar conmigo en la misma habitación. No pude darme un baño sola hasta que la mayor cumplió los nueve años. En cambio, cuando las niñas eran pequeñas, mi marido tenía que estar fuera mucho más tiempo que yo para que ellas lo notaran. Esa energía centrípeta de la mujer está en funcionamiento cuando se pone el bebé al pecho, y cuando acepta el pene en su vagina (si es heterosexual) y su óvulo hace señales químicas a los espermatozoides para que naden hacia él.

Michio Kushi, el maestro de macrobiótica que fue el primero en escribir sobre esta forma de energía para lectores occidentales, señala que la fuerza centrípeta de la Tierra que sube por los pies está presente también en los hombres, así como la fuerza del cielo, que baja y entra en el cuerpo por la cabeza (fuerza centrífuga), está también presente en las mujeres. Lo que difiere es el grado en que está presente cada energía. En general, en las mujeres hay más energía de la Tierra que sube. Me han dicho que las mujeres del pueblo navajo usan faldas porque eso aumenta el acceso del cuerpo a esa energía de la Tierra a través del círculo que forma la falda (véase figura 1).



Fuente: Adaptado de Michio Kushi.

FIGURA 1. LA ENERGÍA DE LA TIERRA QUE SUBE

Energía femenina = fuerza centrípeta o «que atrae hacia dentro». La energía de la Tierra entra por los pies y sube en espiral hacia el útero, los pechos y las amígdalas.

La energía centrípeta es una fuerza conectora que influye en todas las personas que nos rodean, porque las mujeres tendemos a ser el centro de la vida familiar, las que asumimos la responsabilidad psicológica del bienestar de los demás miembros de la familia. Por lo tanto, cuando una mujer mejora su vida, generalmente toda la familia se beneficia (tenga hijos o no). Ella marca el tono. El bienestar de la familia y el de la sociedad dependen de que las mujeres sanemos y nos mantengamos sanas. Parte de la creación de salud es entender el poder de la energía femenina y sus implicaciones. La salud de los seres queridos de una mujer está directamente ligada a su salud personal. De modo que hemos de tomarnos el tiempo que necesitamos para sanar. Nos lo debemos en primer lugar a nosotras mismas.

Los chakras

La fuerza centrípeta —que atrae hacia dentro— es sólo un modo de describir la energía femenina. También tenemos siete centros energéticos concretos en el cuerpo llamados *chakras.* Normalmente los factores emocionales y psíquicos afectan al cuerpo femenino y sus centros energéticos, los chakras. No te extrañes si sientes cierta resistencia a escuchar esta información. No te culpes por los acontecimientos del pasado que han sido causa de comportamientos poco sanos en tu vida presente. Simplemente obsérvalos y comienza el proceso de sanación. Todos los seres humanos, hombres y mujeres, tenemos los mismos chakras, y cada uno de ellos se ve afectado por problemas emocionales y psíquicos concretos. Estos centros energéticos conectan nuestros nervios, hormonas y emociones. Su ubicación va paralela al sistema neuroendocrino-inmunitario, formando un vínculo entre nuestra anatomía energética y nuestra anatomía física. El sistema energético del cuerpo humano es un campo holográfico que contiene información para el crecimiento, el desarrollo y la reproducción del cuerpo físico. Este campo holográfico guía el desenvolvimiento de los procesos genéticos que transforman las moléculas del cuerpo en órganos y tejidos funcionales. Si bien la medicina occidental estándar aún no ha reconocido los chakras, las culturas orientales los valoran desde hace muchísimo tiempo. Caroline Myss, intuitiva médica de fama internacional, que diagnostica la enfermedad y el mal funcionamiento de la energía, y con quien he trabajado durante un buen número de años, me dio la información inicial acerca de las pautas mentales y emocionales que crean tanto la salud como la enfermedad en cada uno de los centros de energía del cuerpo. En esta segunda edición, he revisado la información relativa a la zona de cada chakra concreto según los estudios médicos recopilados por la doctora Mona Lisa Schulz, intuitiva médica y neuropsiquiatra.

Si consideramos que los chakras son las zonas clave en donde la energía media entre lo emocional y el cuerpo físico, podemos comenzar a comprender cómo las heridas culturales podrían tener consecuencias psíquicas y emocionales que nos disponen para los subsiguientes trastornos ginecológicos, obstétricos y otros problemas de salud. Ya sea que pienses que los chakras son lugares del cuerpo reales o sólo metafóricos, pueden servirte para activar la conexión mente-cuerpo y ayudarte a sanar.

Cada uno de los siete chakras del cuerpo humano está asociado con sistemas orgánicos y estados emocionales concretos. Cada uno está también activado o debilitado por las propias creencias y sentimientos. Es decir, miedos y emociones concretos eligen como blanco determinadas zonas del cuerpo (véase fig. 2, p. 116). La localización y los nombres de los chakras varían un poco según los diferentes textos y tradiciones, pero el sistema de chakras que presento aquí es una compilación de mis observaciones clínicas combinada con los trabajos del doctor Normal Shealy, neurocirujano e investigador de la medicina energética, Caroline Myss y la doctora Mona Lisa Schulz.[6] A medida que leas la información sobre los chakras, escucha a tu cuerpo y confía en tu intuición acerca de tu situación actual. Trata de visualizar el campo energético de cada chakra para ver si lo sientes sano y completo, o te parece necesitado de atención y cuidado.

Si bien los siete chakras son todos importantes y están interconectados, me concentraré en los que se relacionan más directamente con la salud ginecológica, obstétrica y mamaria. Según algunas tradiciones espirituales, los chakras superiores son «más importantes» o «sagrados» que los chakras «inferiores» o «menores», pero yo quiero insistir en que este es un típico malentendido patriarcal. No podemos esperar mejorar nuestra salud ni las circunstancias de nuestra vida si pensamos que los centros de abajo «valen menos» o están «por debajo de nuestra dignidad». Si la humanidad hubiera atendido colectivamente a las necesidades de sus chakras inferiores y los hubiera considerado partes vitales del total, en lugar de subordinarlos a los intereses espirituales «superiores», hoy serían prósperos nuestro planeta y nuestra vida individual. Pensar que las necesidades espirituales son más dignas que las físicas es hacer una «derivación espiritual». Cuando trabajes con tus chakras, observa a cuáles te gustaría dedicar menos tiempo y analiza por qué. Tal vez te convenga examinarlos hasta que te sientas más cómoda con ellos.

En cada chakra hay dos polaridades o extremos básicos que están relacionados con la mala salud. Para estar sanas o recuperar la salud en una determinada zona, debemos aprender a lograr un equilibrio sano entre los dos extremos de expresión emocional representados en ella. A través de cada uno de estos centros emocionales, nuestra sabiduría corporal interior nos dirige siempre hacia la salud y el equilibrio, exigiendo que desarrollemos todo un repertorio de habilidades que abarquen la gama completa de expresión emocional.

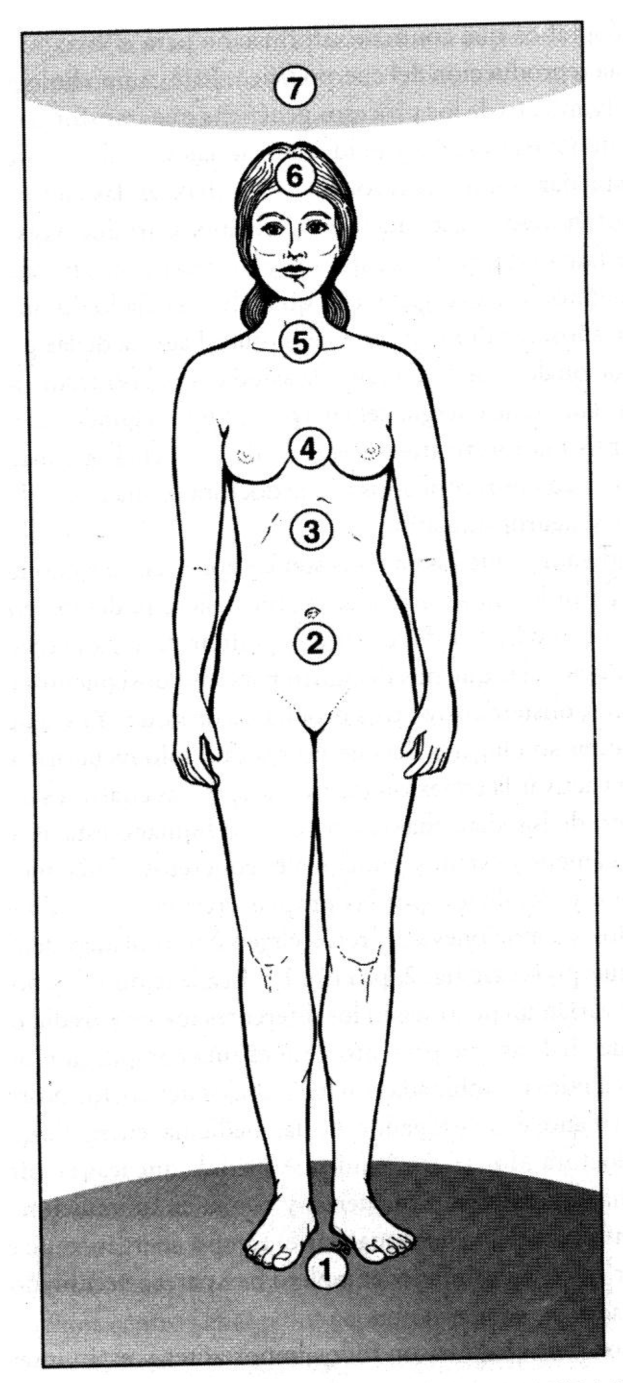


FIGURA 2. DIAGRAMA DE LOS CHAKRAS EN LA FIGURA FEMENINA

Una cosa más: si bien las energías asociadas con la acusación, la culpa, la ira y la pérdida se han relacionado con ciertas zonas del cuerpo, un estudio exhaustivo de la bibliografía médica psicosomática indica que esta visión es incompleta. Estas energías afectan a cada zona del cuerpo simultáneamente, aunque se podrían manifestar como problemas de salud en la zona del cuerpo más vulnerable. Lo mismo vale respecto a las energías favorecedoras de la salud asociadas con el amor, la esperanza y el perdón.

Los centros femeninos inferiores: Del primer al cuarto chakra

Los tres chakras de abajo están relacionados con nuestra vida física: personas, acontecimientos, recuerdos, experiencias y objetos físicos de nuestro entorno, pasados y presentes. Estos tres centros femeninos inferiores están inseparablemente ligados e interaccionan entre sí. Por lo tanto, aunque me refiero a cada uno por separado, hay que tener presente que se influyen mutuamente. (En última instancia, los siete chakras se influyen e interaccionan entre sí.)

La zona del *primer chakra* está influida por lo seguras y a salvo que nos sentimos en el mundo y por lo bien que podamos equilibrar la confianza y la desconfianza, la independencia y la dependencia, la soledad y la pertenencia a grupos. Esta zona también está influida por el equilibrio que logramos entre sentirnos audaces y permitirnos sentir totalmente nuestros miedos. La zona del primer chakra se ve afectada, muy literalmente, por lo conectadas que nos sentimos con la Tierra y sus procesos. Las zonas del cuerpo correspondientes a este chakra son la columna, el recto, las articulaciones de las caderas, la sangre y el sistema inmunitario. Los cimientos de nuestro sentimiento de seguridad suelen formarse en la infancia, cuando tenemos la sensación de que este planeta es o no un lugar seguro. Por lo tanto, en este primer chakra están representados los asuntos familiares y de supervivencia física no resueltos, los concernientes a nuestra casa, nuestra familia, nuestra identidad sexual y nuestra raza. Una persona que tiene problemas en el primer chakra, probablemente dirá o pensará con regularidad: «No tengo a nadie», «Estoy totalmente sola», «A nadie le importo», «Me voy a morir de hambre».

La salud de la zona del *segundo chakra* está influida por dos aspectos distintos. El primero tiene que ver con nuestras ambiciones en el mundo exterior, y en él entran, entre otras cosas, nuestra forma de obtener lo que queremos y aquello que deseamos o buscamos. Cuando perseguimos lo que queremos, ¿lo hacemos de forma activa o pasiva? ¿De modo directo o indirecto? ¿Somos personas inhibidas o desinhibidas? ¿Se nos considera emprendedoras, dinámicas, o hacemos que las cosas «nos vengan»? Finalmente, cuando vamos tras lo que deseamos, ¿lo hacemos «sin vergüenza» o nos sentimos avergonzadas, creyendo que no somos dignas de tener lo que queremos?

El otro aspecto del segundo chakra tiene que ver con las relaciones. ¿Somos dependientes o independientes? ¿Los demás nos necesitan o nosotras necesitamos a los demás? ¿Tomamos o damos más en las relaciones? ¿Tenemos límites bien definidos o poco claros? ¿Nos hacemos valer o somos sumisas? ¿Protegemos a los demás o los demás nos protegen? ¿Tendemos a oponernos a los demás o nos sometemos a sus opiniones y actos?

A la zona del segundo chakra corresponden los órganos pelvianos y reproductores (vulva, vagina, útero, cuello del útero y ovarios). La salud de esta zona está influida por el grado en el que nuestras relaciones se basan en la confianza o en el control o dominio, la acusación y la culpa. Si utilizamos la sexualidad, el dinero, la acusación o la culpa para controlar la dinámica de nuestras relaciones (incluida la que tenemos con nosotras mismas), entonces los órganos de este segundo chakra se verán afectados adversamente. Una persona con problemas en el segundo chakra podría decir o pensar con frecuencia: «No siento que me escuches», «Nunca vienes a verme», «Él no me escribe ni me llama», «Nadie me va a amar jamás», «Nunca estás disponible para mí».

El *tercer chakra* está asociado con la autoestima, la confianza en una misma y el respeto por una misma. Es decir, ¿cómo equilibramos nuestra sensación de capacidad o de inferioridad en lo que hacemos en el mundo exterior del trabajo y el éxito? ¿Somos excesivamente responsables o irresponsables? ¿Somos agresivas o tendemos a estar a la defensiva? ¿Somos propensas a amenazar e intimidar a los demás? ¿Somos territoriales? ¿O nos sentimos atrapadas y deseamos escapar? En el trabajo, ¿dependemos excesivamente de los límites o tenemos problemas con las limitaciones? Finalmente, ¿sabemos equilibrar nuestra competitividad? ¿Sabemos ganar y perder con elegancia? ¿Cómo llevamos las ganancias y las pérdidas? Todos estos problemas afectan a la salud de esta zona. Los cimientos del sentido de sí misma de una mujer los forman las emociones, los recuerdos y la sabiduría almacenados en los campos energéticos de los dos primeros chakras. Para tener una buena autoestima, la mujer debe sentirse segura

en el mundo (primer chakra) y tener relaciones basadas en el respeto y el apoyo mutuos (segundo chakra). Los órganos asociados con el tercer chakra son la vesícula biliar, el hígado, el páncreas, el estómago y el intestino delgado. Las afirmaciones que dañan la salud de esta zona serían: «Si no lo hago yo, nadie lo hará», «Nunca valdré lo suficiente», «Está bien, lo haré yo».

Todos los tipos de estrés no resueltos de los primeros años de nuestra vida física relacionados con personas, acontecimientos, recuerdos y experiencias extraen energía principalmente de los tres centros de poder de la parte inferior, los tres primeros chakras.

CUADRO 4
ANATOMÍA DE LA ENERGÍA: ACTITUDES MENTALES Y EMOCIONALES, LOS CHAKRAS Y EL CUERPO FÍSICO

Chakra	*Órganos*	*Actitudes mentales y emocionales*	*Disfunciones físicas*
7	Cualquier sistema orgánico.	Claro sentido de la finalidad de la vida o saber que la vida tiene una finalidad que podría no estar clara. Conexión con Dios o con la fuente universal de energía. Comprender la paradoja de que podemos influir en los acontecimientos de nuestra vida y también confiar en que las cosas ocurren como deben ocurrir, y que algunas escapan a nuestro control.	Trastornos de desarrollo (parálisis cerebral); trastornos genéticos; esclerosis múltiple; esclerosis lateral amiotrófica; anormalidades de sistemas múltiples; cualquier enfermedad o accidente grave que pone en peligro la vida y sirve de llamada a despertar.
6	Cerebro; ojos; oídos; nariz; glándula pineal.	Percepción: claridad o ambigüedad. Pensamiento: hemisferio cerebral izquierdo o hemisferio cerebral derecho; racional o irracional; lineal u holográfico; rígido o flexible. Moralidad: conservadora o liberal; sigue las normas o comprende que las normas tienen excepciones. Represión o desinhibición.	Tumores y hemorragias cerebrales; trastornos neurológicos; ceguera y sordera; vértigo de Ménière; mareos; zumbidos en los oídos; enfermedad de Parkinson; discapacidades de aprendizaje; ataques epilépticos.

Chakra	*Órganos*	*Actitudes mentales y emocionales*	*Disfunciones físicas*
5	Tiroides; tráquea; vértebras cervicales; garganta; boca; dientes y encías.	Comunicación: expresión o comprensión (hablar o escuchar). Sentido de la oportunidad: precipitarse o esperar. Voluntad: voluntariedad o sumisión.	Bronquitis, ronquera; irritación crónica de la garganta; úlceras bucales; problemas de encías; problemas de la articulación temporomaxilar; problemas de los discos cervicales; dolor crónico del cuello; laringitis; inflamación de los ganglios del cuello; problemas de la tiroides.
4	Corazón o pulmones; vasos sanguíneos; hombros; costillas y pechos; diafragma; parte superior del esófago.	Expresión emocional: capacidad para sentir totalmente, expresar y resolver los sentimientos de rabia, hostilidad, alegría, amor, aflicción, perdón. Capacidad para establecer relaciones de compañerismo recíproco con equilibrio para saber dar y recibir, para sustentar el propio yo y a los demás, para intimar con otras personas y para estar sola (intimidad con una misma).	Enfermedad de la arteria coronaria; infarto de miocardio (ataque al corazón); hipertensión; arritmias cardiacas; dolor de pecho; prolapso de la válvula mitral; cardiomegalia; fallo cardiaco congestivo; asma y alergias; cáncer de pulmón; neumonía; problemas de la parte superior de la espalda y los hombros; problemas de mamas, incluido el cáncer.

Chakra	*Órganos*	*Actitudes mentales y emocionales*	*Disfunciones físicas*
3	Abdomen; parte superior de los intestinos; hígado y vesícula biliar; parte inferior del esófago; estómago; riñones y páncreas; glándulas suprarrenales; bazo; parte media de la columna.	Autoestima, confianza en una misma y respeto por una misma. Sensación de capacidad o inferioridad respecto a la competencia y las habilidades en el mundo exterior. Responsabilidad o irresponsabilidad. Abuso de substancias adictivas. Agresividad o actitud defensiva. Competitividad o no competitividad: ganar o perder. Territorialidad o demasiados límites. Miedo a asumir responsabilidades o a tomar decisiones sola. Sentirse demasiado responsable.	Úlceras gástricas o duodenales; problemas de colon o intestinales; colitis ulcerosa, síndrome del colon irritable; acedia o gastritis; pancreatitis o diabetes; estreñimiento y diarrea; indigestión, crónica o aguda; anorexia y bulimia; disfunción hepática; hepatitis; disfunción suprarrenal.
2	Útero; ovarios; vagina; cuello del útero; intestino grueso; vértebras inferiores; pelvis; apéndice; vejiga.	Ambiciones equilibradas en el mundo exterior con respecto a la sexualidad, el dinero y las relaciones. Capacidad para crear junto con otras personas. Creatividad. Relaciones dinámicas: dependencia o independencia; dar y recibir, límites definidos o límites poco claros; autoafirmación o pasividad.	Problemas ginecológicos u obstétricos; dolor pelviano y de la parte inferior de la espalda; infecundidad; trastornos sexuales; problemas urinarios; apendicitis.

Chakra	*Órganos*	*Actitudes mentales y emocionales*	*Disfunciones físicas*
1	Soporte del cuerpo físico; articulaciones de las caderas; columna; sangre; sistema inmunitario.	Seguridad en el mundo; saber cuándo confiar o desconfiar. Saber cuándo sentir miedo y cuándo no. Equilibrio entre independencia y dependencia.	Problemas crónicos de la columna; dolor de espalda; ciática; escoliosis; cáncer o tumores rectales; cansancio crónico; fibromialgia; enfermedades autoinmunes; artritis; problemas de piel.

Fuentes: C. N. Shealy y C. M. Myss, *The Creation of Health: Merging Traditional Medicine with Intuitive Diagnosis*, Stillpoint Publications, Walpole (New Hampshire), 1988. [Hay traducción al castellano: *La creación de la salud*, Luciérnaga, Barcelona, 1998.] Documentación científica del sistema energético humano e información puesta al día de Mona Lisa Schulz, *Awakening Intuition: Using Your Mind-Body Network for Insight and Healing* [*Despierta tu intuición*, Edic. Urano], Harmony Books, Nueva York, 1998.

Tipos de estrés en la mujer que afectan a los tres primeros chakras

- Toda clase de rabia.
- Resentimiento y sensación de rechazo.
- Necesidad de venganza.
- Desear dejar una relación pero temer las consecuencias económicas.
- Vergüenza del propio cuerpo.
- Vergüenza de los propios antecedentes familiares o de la posición social del marido
- Maltratar a los hijos o ser una hija maltratada.
- Un historial de incesto o violación.
- Sentimiento de culpabilidad por un aborto.
- Incapacidad de concebir.
- Incapacidad de dar a luz las propias creaciones.

Todos estos problemas pueden afectar a los órganos situados de la cintura para abajo, debido al modo en que trabajan juntos los tres chakras inferiores. A continuación me referiré a los problemas de cada chakra con detalle.

El primer chakra: Cómo se almacenan en el cuerpo las heridas familiares

La salud del primer chakra está relacionada con la educación recibida y los primeros años de la vida. Esto incluye a la familia inmediata y demás parientes, la raza, la posición social, el nivel educativo, el legado familiar y las expectativas de nuestra familia tal como nos han sido transmitidas generación tras generación. Para describir la amplitud de los problemas asociados con el primer chakra, Caroline Myss usa la palabra «tribu». Por ejemplo, todos aprendemos muy pronto lo que significa ser miembro de un grupo definido: católico o judío, de la familia Jones, de la familia Smith, etc. Otra «herencia» del primer chakra es la programación tribal de muchas familias inmigrantes de primera y segunda generación en Estados Unidos, que suelen transmitir la creencia de que para realizar cualquier cosa valiosa uno debe sufrir y sacrificar su felicidad y su placer personales. Las cicatrices familiares y la información social y familiar que forma la idea de realidad de la persona están conectadas con la zona del primer chakra.

La mente tribal no es una mente individual. Es principalmente un cerebro colectivo que busca mantenerse y lucha por sobrevivir en el mundo. La mente tribal está interesada en la «lealtad», no en el

amor, la amabilidad ni la ternura. Lo que la tribu llama «amor» es en realidad obligación para con la tribu. Un ejemplo de esto es un miembro de la familia que le dice a otro: «Si realmente me amaras, vendrías a visitarnos a tu familia y a mí con más frecuencia». La conciencia tribal, por lo tanto, no es una conciencia de alto nivel ni muy evolucionada. Sin embargo, todos la compartimos hasta cierto grado, y muchas mujeres admiten que cuando se hacen mayores oyen hablar en sí mismas a esa mente tribal. Muchas pacientes mías suelen decirme: «A veces oigo salir de mi boca palabras de mi madre, y no me lo puedo creer».

Yo llamo «cangrejos en el cubo» a la mente tribal. Si tenemos unos cuantos cangrejos en un cubo con agua y uno de ellos intenta escaparse por el borde, los demás tiran de él para que siga en el cubo con el resto. Más o menos lo mismo suele sucedemos a las mujeres con nuestros familiares cuando decidimos liberarnos de comportamientos limitadores. Casi siempre los miembros de nuestra familia sabotean nuestros esfuerzos, al menos al principio.

Innumerables mujeres han tenido la experiencia de enfrentarse a sus padres por acosos sexuales o incesto después que han recordado estos acontecimientos, y descubren que ellos los niegan rotundamente. El motivo inconsciente de preservar la tribu es la causa de que muchos padres nieguen haber violado jamás a uno de los miembros de la tribu. En cierto sentido, la memoria tribal ha absorbido el recuerdo de modo muy diferente a como ha registrado el mismo acontecimiento el miembro individual.

Problemas del primer chakra que pueden disponer el escenario para la enfermedad

- Problema inconcluso con los padres.
- Incesto (que es un problema también del segundo chakra).
- Maltrato o desatención en la infancia.
- Programación psíquica limitadora en los primeros años, por ejemplo:
  —«Eres una estúpida», «Eres una inútil», «Eres una niña mala».
  —«Sólo los católicos van al cielo».
  —«Tu cuerpo es algo que tienes que esconder por vergüenza».
  —«Las chicas están hechas para servir a los hombres».
  —«Siempre los hombres primero». (Por ejemplo, en muchas familias, a los hombres se les sirven los mejores cortes de carne y a las mujeres se les da lo que queda.)
  —«Las chicas no deben ser ambiciosas ni inteligentes».
  —«Las mujeres no deben ganar dinero. Deben casarse con un hombre rico».

La mayoría de las tribus o familias no intentan deliberadamente envenenar a sus miembros, sino que sólo transmiten lo que reconocen como el buen saber tribal, incluso en la forma de ideas limitadoras y dolorosas. Es útil pensar en la tribu de ayer como la familia disfuncional de hoy.

No hace mucho mi amiga Carla comprendió, después de resolver sus muchas enfermedades físicas, que las semillas de sus enfermedades habían sido plantadas en su infancia. De pequeña, su madre la zurraba repetidamente, no por maldad ni por falta de cariño, sino simplemente siguiendo su programación tribal sobre cómo amar y preparar a su hija para la vida. Le decía que las palizas eran su manera de demostrarle cariño; siempre que veía a otra madre golpeando a su hija en el supermercado, le decía que esa mujer realmente amaba a su hija. La madre de Carla creía firmemente que la vida es muy difícil y está llena de sufrimientos, y que para conseguir cualquier cosa su hija tendría que sufrir. Después, cada vez que lograba algún acariciado objetivo, Carla contraía una enfermedad grave. Ahora está comprendiendo que puede conseguir sus objetivos alegremente usando sus dones y talentos innatos y su guía interior, y que las enfermedades y los sufrimientos no tienen por qué formar parte de su experiencia.

El segundo chakra: Un espacio creativo simbólico

El segundo chakra tiene que ver con los aspectos físicos de la vida cotidiana, con las personas con quienes nos relacionamos y con la calidad de nuestras relaciones. También está asociado con todo lo que es nuestro: dinero, relaciones y posesiones. Puesto que nuestra primera programación es servir a la tribu, la mayoría de los hombres y mujeres entran automática e inconscientemente en el papel de su segundo

chakra. Eligen parejas que satisfagan las necesidades de su segundo chakra. Así, las mujeres tienden a casarse por la seguridad física, el dinero, la posición social, los hijos, y movidas por el miedo al abandono. Entonces desempeñamos nuestro papel según estas necesidades. Estamos programadas para atender a las necesidades de nuestra tribu personal, *y con* frecuencia *estamos* totalmente dominadas por los miedos del segundo chakra.

Problemas del segundo chakra: Cómo se almacenan en el cuerpo las heridas de las relaciones

- Miedo al abandono
- Seguridad económica
- Posición social
- Hijos
- Creatividad

El útero y los ovarios son los principales órganos del segundo chakra. Esta zona es literal y figuradamente un «espacio creativo» en el que las mujeres pueden generar hijos, relaciones, profesiones, novelas, percepciones profundas y otras obras creativas o artísticas. Cuando la energía no circula bien en esta zona del cuerpo, pueden producirse problemas ginecológicos como los tumores fibrosos (miofibromas).

Cuando pienso en el útero como un «espacio potencial», también pienso en lo que normalmente se espera que las mujeres «almacenemos» allí. Una expresión vulgar para referirse al útero es «la bolsa», y como seres humanos que tenemos o hemos tenido un útero, somos también las que llevamos todas las cosas que los demás no quieren llevar. Las mujeres casadas que tienen hijos saben que ellos les entregan a ellas (y no a sus padres) los bocadillos a medio comer, las envolturas de chicles y otras basuras que ya no quieren llevar. En inglés existe la expresión *old bags* [bollas viejas] para referirse a las ancianas. Cuando yo estaba embarazada, y después, al amamantar y cuidar a dos niñas pequeñas, me sentía «la señora bolsa múltiple».

Las mujeres no sólo llevamos un exceso de carga física, sino que también se espera de nosotras que llevemos el exceso de carga emocional de los demás, generalmente de los hombres, pero no siempre. Una paciente mía de 60 años tiene tres hijos adultos y vive con su marido, que se ha jubilado recientemente. Me cuenta que está impaciente por hacer otras cosas que siempre ha deseado hacer en su vida, como viajar y escribir. Pero su marido no se muestra muy entusiasmado con sus empresas. Él aún no sabe muy bien qué hacer con su recién adquirida libertad laboral. Ella dice: «Mi marido todavía quiere que yo cargue con su *anima,* es decir, con sus estados de ánimo, su entusiasmo, su diversión... Y cuando lo desilusiono y manifiesto sentimientos que no son de entusiasmo, se deprime». *Anima,* una palabra latina acuñada por el famoso psicólogo Carl Jung, es el aspecto femenino interior del hombre, que él suele proyectar en las mujeres reales de su vida cuando no está dispuesto a sentir y trabajar sus emociones. ¿Cuánto material inconsciente almacenamos en nuestros centros corporales con el que ni nosotras ni nadie quiere cargar? Cuando existen problemas no resueltos en el segundo chakra, problemas de relaciones, de creatividad o sentimiento de seguridad, pueden hacerse vulnerables a la enfermedad la zona pelviana y la de la parte inferior de la espalda.

Un buen número de problemas del segundo chakra disponen el escenario para la enfermedad. Los estudios de la doctora Gloria Bachmann indican que el abuso sexual en la infancia está asociado con los trastornos de la alimentación, la obesidad y las enfermedades somáticas en el sistema genitourinario, así como con las drogadicciones y otros comportamientos autodestructivos.[7] Estudios realizados por el doctor Robert Reiter y otros han descubierto que el abuso sexual previo es un importante factor de riesgo que predispone al dolor pelviano crónico.[8]

Siempre que veo a una mujer con problemas uterinos, como miofibromas, por ejemplo —que sufren el 40 por ciento de las estadounidenses—, le pido que medite en sus relaciones, su creatividad y su sentimiento de seguridad. ¿Qué le dice su miofibroma de todo ello? Los miofibromas, la endometriosis, las enfermedades de los ovarios y otros trastornos pelvianos son manifestaciones de «energía bloqueada» en la pelvis. En una cultura misógina, en la cual el 40 por ciento de las mujeres han sufrido abusos sexuales y una de cada tres es violada físicamente, no es difícil adivinar por qué ocurre esto.

Cuando le hice el examen anual a Gina, una paciente que tenía 38 años en esos momentos, le encontré un pequeño fibroma. Le pedí que meditara en la «energía bloqueada» que tenía en la pelvis, y en la siguiente visita me dijo: «En cuanto llegué a casa, dediqué un tiempo a pensar en esto, y entonces recordé que cuando murió mi hermano en un accidente yo me sentí furiosa con él por haberse ido. Yo tenía veinticinco años y no podía permitirme sentir rabia, de modo que la alojé en la pelvis. Hacía años que no pensaba en eso». Tres meses después, en un examen de seguimiento, descubrí que el fibroma había desaparecido. Creo que al expresar y experimentar todo el impacto de su ira por primera vez, cambió la modalidad de energía en su pelvis y realmente desmaterializó el fibroma, transformándolo de materia en energía. Gina me dijo: «Entré en la consulta con la impresión de que me dirías que el fibroma había desaparecido. Literalmente lo sentí marcharse». He visto otros casos de mujeres que reducen o eliminan sus miofibromas cuando recuerdan y liberan viejas experiencias.

El tercer chakra: La autoestima y el poder personal

Los cimientos del sentido de sí misma de una mujer, su autoestima (tercer chakra), están formados por su sentimiento de seguridad y de estar a salvo en el mundo (primer chakra) combinado con la calidad de sus relaciones (segundo chakra). Si nos sentimos seguras y a salvo y tenemos relaciones sustentadoras, que nos apoyan, estaremos en una buena posición para conseguir nuestros objetivos en el mundo exterior y para realizar tareas que nos ayuden a desarrollar nuestra autoestima y nuestro sentido de valía personal. La fuerza o debilidad del tercer chakra se relaciona con la sensación de capacidad y competencia en el mundo frente a la sensación de inferioridad, y con la capacidad de responsabilizarnos de nuestra vida y nuestras decisiones frente a la medida en que cedemos nuestro poder a otras personas. La capacidad de aprender de los triunfos y las pérdidas genera salud en esta zona. Por otro lado, la excesiva competitividad y la necesidad de ganar siempre debilita al tercer chakra, que también se ve influido por el equilibrio que se consigue entre la agresividad y la actitud defensiva.

A consecuencia de las historias colectiva e individual de la mayoría de las mujeres, muchas tienen poca autoestima. Durante siglos no se ha validado ni valorado a las mujeres a no ser en su calidad de servidoras y complacedoras de los demás. Así pues, cuando nos convertimos en personas por derecho propio, suele suceder que nuestra familia no nos apoye para que seamos todo lo que podemos ser.

Esto se debe a que normalmente las familias tienen un «miedo» tribal inconsciente a que sus miembros femeninos las abandonen para servir a sus propias necesidades y hacer realidad sus sueños personales sin la familia. Todos hemos heredado la creencia de que la mujer no puede desarrollarse plenamente sin sacrificar al mismo tiempo su capacidad para servir a su familia.

Además de emprender la clásica lucha por equilibrar nuestros intereses personales con nuestras responsabilidades, las mujeres solemos poner nuestra autoestima al ritmo del ciclo de nuestra pareja. Si la pareja de una mujer obtiene un enorme éxito, es posible que ella se deprima porque no puede estar a su altura; o puede que no respalde una nueva andadura de su pareja en diferentes ideas o territorios creativos nuevos por temor a que él (o ella) la abandone. Por otro lado, cuando su pareja no tiene éxito en el mundo exterior y se deprime o la maltrata, esto también afecta al tercer chakra de la mujer (y también al primero y al segundo). Este tipo de conflictos provocan una disfunción energética en el tercer chakra y pueden ser causa de trastornos de la alimentación (anorexia nerviosa y bulimia) o de enfermedades físicas en el estómago (úlceras), la vesícula biliar, el intestino delgado, el hígado y el páncreas (diabetes).

Los arquetipos y los tres primeros chakras

Cuando una mujer piensa que está obligada a participar en una actividad, su cuerpo, su mente y su espíritu corren el riesgo de sufrir daño.[9] Cuando inconscientemente participa en comportamientos abusivos contra sí misma o contra otras personas, actúa bajo la influencia de lo que en medicina energética se llama «arquetipo de la violación».

Los arquetipos son patrones psíquicos y emocionales que influyen en nosotras sin que nos demos cuenta hasta que tomamos conciencia de su poder. Son ideas, imágenes y pautas de pensamiento universales que todos compartimos en nuestro subconsciente. Si bien al principio el concepto de arque-

tipo puede parecer escurridizo, estos patrones inconscientes de pensamientos y de conducta tienen efectos muy reales en nuestro cuerpo y nuestras emociones.

Para explicar con más claridad el concepto de arquetipo, voy a emplear un ejemplo: el arquetipo de la madre. Una mujer que inconscientemente actúa bajo la influencia del arquetipo de la madre (como existe en esta cultura en la actualidad) es obsesiva respecto a las necesidades de sus hijos, olvidando las suyas propias. Incluso cuando sus hijos son lo suficientemente mayores para atender a sus necesidades físicas solos, la mujer a veces centra sus pensamientos en si han comido lo suficiente, si son felices, si están bien protegidos del calor o del frío, haciendo caso omiso de sus propias necesidades o suprimiéndolas para hacer algo por ellos. Esta preocupación, alentada por la cultura, puede ser un estereotipo dañino. Otro ejemplo de arquetipo es el del héroe. Cuando vemos la palabra «héroe», al instante pensamos en una persona fuerte, osada y valiente. Es un héroe quien intrépidamente acude en rescate de otros y descuida su seguridad y sus necesidades debido a una compulsión por «salvar» a otras personas. Si este tipo de comportamiento es inconsciente, también puede ser dañino para la salud.

Cuando participamos inconscientemente en comportamientos arquetípicos, nos desconectamos de nuestro yo más profundo y de nuestras necesidades interiores. Cuando una mujer no sigue los deseos de su corazón y en su lugar actúa solamente para satisfacer las necesidades de otras personas, es posible que esté bajo la influencia del arquetipo de la violación, el de la prostituta o el de la madre, según las circunstancias.

El arquetipo de la violación y el de la prostituta están muy estrechamente ligados. Cuando una mujer se entrega a actividades sexuales que no desea en realidad, pero que se siente incapaz de impedir, actúa bajo la influencia del arquetipo de la violación. El mismo arquetipo está presente cuando se niega el placer sexual porque piensa que eso es lo que desea su pareja, y ella se siente incapaz de cambiar su situación. El arquetipo de la violación puede darse cuando la mujer participa en su propia violación, cuando participa en cosas como un aborto que desea su pareja pero no ella. Una mujer que siente resentimiento contra su pareja pero continúa de todos modos en la relación, por motivos económicos u otros, no actúa a partir de su fuerza individual, sino bajo el hechizo del arquetipo de la prostituta. La mujeres solemos hacer frente a este arquetipo culpándonos o absorbiendo nuestra furia y nuestra rabia por temor a que nos abandonen si expresamos esos sentimientos.

Los órganos del segundo chakra femenino también corren un riesgo cuando la propia mujer se convierte en agresora. Las mujeres participan en el arquetipo de la violación, por ejemplo, cuando violan los límites físicos y psíquicos de sus hijos. Los enemas diarios y la limpieza brusca de los genitales son otros ejemplos comunes de mujeres violadoras. Las mujeres usan armas emocionales, mientras que los hombres añaden los puños. Las mujeres que maltratan lo pagan no sólo con la energía de sus órganos femeninos del segundo chakra, sino también con la de los órganos los chakras primero y tercero. Según Caroline Myss, el comportamiento agresivo puede estar asociado con el cáncer de los órganos de los tres primeros chakras.

Es importante que entendamos y aceptemos que las mujeres sí podemos ser agresivas. Cuando nos negamos a reconocer un problema, simplemente lo perpetuamos. Recuperarse de las influencias patriarcales no es culpar a los hombres, porque en nuestra cultura todos somos víctimas y agresores en potencia. En mi primera sesión con Caroline Myss, por ejemplo, ella me dijo que mi cuerpo registraba una violación ocurrida entre los 21 y los 29 años, la época en que estaba en la Facultad de Medicina y realizando mis prácticas en un hospital como residente. Aunque no fui violada físicamente, el sistema energético de mi cuerpo había sido «violado» emocional y psíquicamente por mi formación médica, algo de lo cual yo no tuve conciencia en ese tiempo. Caroline Myss afirma que casi todo el mundo de esta cultura ha sufrido al menos una violación psíquica o emocional de su yo más profundo. Esa es una explicación de por qué tantas mujeres que jamás han sufrido de abusos sexuales físicos, *padecen* sin embargo de dolor pelviano crónico y otros problemas del segundo chakra. Muchas mujeres se sienten estancadas en trabajos en los que los arquetipos de la violación y la prostituta son una realidad diaria.

Cuando continuamente sólo vemos a las mujeres como víctimas, no reconocemos el daño que se hacen a sí mismas y hacen a los demás. Si alguna vez has tenido que aguantar los malos tratos de otra mujer o has maltratado tú, comprenderás la importancia de este punto de vista.

La vergüenza y los tres primeros chakras

Otro problema para muchas mujeres es la vergüenza, que ataca los centros femeninos y los órganos internos relacionados, entre ellos el útero y los ovarios. La vergüenza puede ser consecuencia de la programación social que le dice a la mujer que es inferior, y puede ser consecuencia de relaciones familiares, por ejemplo una relación no sana con sus hijos o una mala posición social de su pareja. La vergüenza por la violación, sea esta física, emocional o psíquica, afecta a la zona vaginal.

Las investigaciones respaldan la teoría de las disfunciones energéticas. En un estudio se comprobó que hay diferencias de personalidad entre las mujeres que contraen cánceres internos y las que contraen cánceres externos.[10] La percepción de una persona respecto a si su cuerpo es o no permeable y puede ser penetrado fácilmente por influencias externas, ya sean físicas o emocionales, está relacionada con su propensión al cáncer. Las mujeres que creen que su cuerpo es permeable son más propensas a cánceres localizados en el interior del cuerpo, en los ovarios o el útero, por ejemplo. Las mujeres que creen que su cuerpo es fuerte y está protegido contra las influencias del exterior son más propensas a cánceres en las zonas genitales externas.

El cuarto chakra

Las zonas corporales asociadas con el cuarto chakra son el corazón, los pechos, los pulmones, las costillas, la parte superior de la espalda y los hombros. El cuarto chakra está relacionado con nuestra capacidad de expresarnos emocionalmente y de participar en verdaderas relaciones de pareja en las que los dos miembros son igualmente poderosos e igualmente vulnerables. Cuando nos expresamos emocionalmente, necesitamos un equilibrio entre la rabia y el amor, la alegría y la serenidad. ¿Podemos ser estoicas a veces y en otras ocasiones «perder» la serenidad emocional? ¿Somos capaces de permitirnos sentir plenamente la aflicción y la pérdida? En la relación de pareja, ¿podemos permitirnos momentos de intimidad equilibrados por momentos de soledad? ¿Somos capaces de cuidar a los demás y dejarnos cuidar por ellos? Los problemas emocionales y psíquicos relacionados con la mala salud en la zona del cuarto chakra son la incapacidad de dar o recibir amor y cuidados (de nosotras mismas y de los demás), la incapacidad de perdonar, y la aflicción y/o la hostilidad no resueltas.

Los chakras segundo y cuarto tienen una relación única entre sí. Al útero se lo llama a veces «el corazón de abajo», mientras que al corazón que tenemos en el pecho se lo llama «el corazón de arriba». Se ha dicho que si el corazón de abajo ha sido cerrado, debido a una violación, incesto, malos tratos o vergüenza, la mujer no puede abrir realmente el corazón de arriba. En esta cultura, las mujeres también tendemos a cerrar el corazón de abajo, o nuestra sexualidad y nuestras necesidades eróticas, porque se nos ha enseñado que las «buenas» chicas no son sexuales. También se nos enseña, sin embargo, que está bien que conectemos con nuestras emociones y sentimientos, de modo que están servidos los conflictos en los chakras segundo y cuarto. Además, a las mujeres se nos enseña que si somos poderosas y económicamente prósperas, estaremos aisladas de los demás y no podremos experimentar plenamente la intimidad. Por eso tantas mujeres prósperas de esta época de la historia se encuentran en la necesidad de renegociar su relación de pareja.

Las disfunciones energéticas suelen surgir cuando la mujer está confundida respecto a cómo usar de modo óptimo sus energías amorosas (cuarto chakra) y sus energías creativas (segundo chakra). El principal conflicto es que la mayoría seguimos creyendo que para ser amadas, recibir amor y tener la garantía de que alguien nos necesite, hemos de atender a las necesidades físicas externas de nuestros seres queridos. Pero esas relaciones de amor, que dependen de lazos de obligaciones familiares y tradiciones tribales, se reconocen como adicciones relacionales una vez que la mujer comienza a individualizarse y a ser consciente de sus comportamientos. Son muy comunes en nuestra cultura las disfunciones energéticas en las zonas de los chakras segundo y cuarto. Suelen producirse cuando la mujer insconscientemente participa al mismo tiempo en el arquetipo de la violación y el de la madre.

Sally, una camarera de 26 años, sufrió las primeras fases de cáncer de cuello uterino (segundo chakra) y ha tenido múltiples quistes de mama (cuarto chakra). Cuando era niña su padre era distante en los aspectos emocional y físico. Para llenar ese vacío, en su adolescencia tuvo muchas parejas sexuales, chicos a los que ni quería ni respetaba. Este comportamiento adictivo (los arquetipos de la violación y la prostituta) le bloqueó las energías de la zona de su segundo chakra, y ha sufrido de accesos, muy dolorosos y frecuentes, de herpes en la vagina. También ha tenido verrugas genitales.

Al igual que su padre, su madre tampoco atendía a las necesidades físicas y emocionales de su hija ni a las suyas propias. Sally jamás aprendió a atender sus necesidades emocionales, ya que nadie le sirvió de modelo para ese comportamiento. Tanto ella como su madre tuvieron bloqueos energéticos en la zona del cuarto chakra relacionados con la falta de respeto y de cuidado por sí mismas. Las dos tienen problemas de mamas. La madre de Sally ya ha tenido cáncer de mama, y a ella le han hecho dos biopsias por tumores benignos.

Ni Sally ni su madre son únicas en nuestra cultura. En mi consulta veo diariamente a mujeres como ellas. Cuando una mujer desatiende sus necesidades interiores, cuando cocina, limpia y atiende a las necesidades físicas de su familia de forma adictiva, cuando se entrega obsesivamente a su trabajo, y cuando accede a las exigencias de relaciones sexuales por sentirse obligada o culpable, se convierte en propensa a enfermedades en los chakras segundo y cuarto. Sobreponerse al miedo de ser abandonada o de no valer lo suficiente y ocuparse de aumentar su autoestima le agota la energía emocional.

Respaldando estas teorías sobre las disfunciones energéticas, ciertas investigaciones han demostrado que los rasgos de personalidad de las mujeres que tienen enfermedades sólo en el segundo chakra difieren de los de las mujeres que sólo tienen enfermedades en el cuarto. En la copiosa bibliografía sobre estas investigaciones no se encuentra ningún estudio sobre la personalidad de las mujeres que tienen tumores malignos en las zonas de estos dos chakras (el segundo y el cuarto).

Las mujeres que sufren de tumores malignos de mama (el corazón de arriba) tienen rasgos de personalidad distintos de las que padecen de cáncer del cuello del útero (el corazón de abajo). En un estudio se comprobó que el 50 por ciento de las pacientes de cáncer de cuello uterino (una enfermedad del segundo chakra) habían perdido físicamente a su padre, por muerte o abandono, durante sus primeros años (una emoción relacionada con el segundo chakra). En los casos de las pacientes de cáncer de mama (una enfermedad del cuarto chakra), el padre era distante emocionalmente (una característica relacionada con el cuarto chakra).[11] Otros estudios han demostrado que un número bastante mayor de pacientes de cáncer de cuello uterino tienen comportamientos que sugieren un desequilibrio energético en el segundo chakra: se habían casado muchas veces, tenían una elevada incidencia de actividad sexual con parejas a las que ni querían ni respetaban y estaban muy preocupadas por su figura; también tenían la sensación de haber sido desatendidas cuando eran niñas. En comparación, los estudios de pacientes de cáncer de mama sugieren comportamientos relacionados con una disfunción del cuarto chakra: tenían una mayor tendencia a continuar en un matrimonio sin amor, una probabilidad relativamente alta de haber cargado con la responsabilidad de sus hermanos menores cuando eran niñas, y una mayor posibilidad de negarse la atención médica y el cuidado físico.[12]

Las observaciones de Caroline Myss y de Mona Lisa Schulz confirman aún más estos estudios. En general, consideran que las emociones del tipo de la rabia hieren bajo la cintura. Por otro lado, la tristeza que no se puede expresar golpea encima de la cintura. Hablaré de esto con más detalle en los capítulos que van del 5 al 10.

Cómo sanar las heridas de los chakras inferiores

Las heridas de los chakras inferiores no sanan mientras no sean atestiguadas. Alguien tiene que decir: «Sí, te ocurrió esto». Este testimonio confirma la existencia de la herida; entonces puede comenzar el proceso de sanación. Una parte muy importante de mi trabajo con mujeres es este testimonio. En mi calidad de médica, represento a una figura de autoridad. Cuando yo u otra persona da validez a las heridas de una mujer, ella puede usar eso como un activador muy potente para sanar. Pero es incluso más importante que la propia mujer reconozca su herida y su necesidad de sanar. Mientras esté atascada en su negación («Es que en realidad no fue tan terrible. Él nunca me golpeó» o «Mi familia me quería muchísimo; mi padre jamás habría hecho eso»), no podrá decirse la verdad a sí misma. Sus secretos continuarán encerrados en sus células, ocultos al testimonio y la sanación.

Después de dar fe de sus heridas, la mujer debe investigar cómo han afectado a su vida. Esta es la fase de dar nombre, en la cual comprende que su vida ha sido en efecto afectada adversamente por alguien o algo. Entonces abandona la negación. La fase final necesaria para su sanación y el funcionamiento óptimo de su sistema energético supone soltar el poder que tiene la herida para dominar su vida. Es necesario que se perdone a sí misma y perdone a los demás.

Los otros chakras

El *quinto chakra* está relacionado con la comunicación, el sentido de la oportunidad y la voluntad. Cuando comunicas tus ideas en el mundo exterior, ¿hablas tanto como escuchas? ¿Te expresas tan bien como comprendes a otras personas? En cuanto al sentido de la oportunidad, ¿te lanzas a hacer las cosas o esperas? Finalmente, ¿tiendes a imponer tu voluntad o eres excesivamente sumisa? Con este chakra están relacionados la garganta, la boca, los dientes, las encías, la glándula tiroides, la tráquea y las vértebras cervicales. Entre las disfunciones de este chakra, se encuentran la irritación crónica de garganta, las úlceras de garganta y boca, las enfermedades de las encías, la enfermedad de la articulación temporomaxilar, los trastornos del tiroides, problemas de los discos cervicales, la inflamación de los ganglios del cuello y la laringitis. Las mujeres con problemas en el quinto chakra como el hipotiroidismo suelen tener dificultades para defenderse y sostener sus puntos de vista, y es posible que hablen en un tono de voz bajo, lo cual les hace difícil hacerse oír. Por otro lado, una voluntad excesivamente desarrollada puede ser causa de enfermedades como el hipertiroidismo y de un exceso de la voluntad intelectual sin reconocer una «voluntad superior» o «poder superior»; por ejemplo: «No me importa lo que me diga el cuerpo, lo voy a hacer de todos modos».

El *sexto chakra*, llamado a veces el tercer ojo, está relacionado con la percepción, el pensamiento y la moralidad. Cuando percibimos el mundo exterior, ¿somos capaces de verlo con claridad mientras al mismo tiempo toleramos la ambigüedad? ¿Sabemos permitirnos enfocar la atención con absoluta precisión a veces y en otras ocasiones relajarnos y desenfocar la atención? ¿Sabemos cuándo no ser receptivas a las ideas de otras personas y cuándo sí serlo? ¿Somos capaces de acumular conocimientos, pero también permitirnos estar abiertas a lo que aún necesitamos aprender? ¿Sabemos reconocer nuestras zonas de ignorancia? ¿Sabemos valorar el pensamiento racional y lógico del hemisferio cerebral izquierdo, pero también reconocer los dones del hemisferio derecho: lo no racional y lo no lineal? ¿Son rígidos, obsesivos y cavilosos nuestros procesos de pensamiento, o somos flexibles en nuestra forma de pensar? Por último, ¿cómo aplicamos nuestras creencias morales a nosotras mismas y a los demás? ¿Tendemos a ser personas reprimidas y ciudadanas modelo excesivamente rigurosas que nos juzgamos y juzgamos a los demás según criterios rígidos, o nos permitimos en algunos casos ser más liberales, arriesgadas y desinhibidas? Este chakra está situado entre los ojos, cerca de los oídos, la nariz, el cerebro y la glándula pineal. Entre las disfunciones asociadas con este chakra están los problemas visuales, los rumores cerebrales, los trombos (la formación de coágulos sanguíneos es***tá*** relacionada con la detención de la corriente de información intuitiva), los trastornos neurológicos, la ceguera, la sordera, la epilepsia y las dificultades de aprendizaje. He aquí algunas afirmaciones detractoras de la salud relacionadas con la pérdida de energía en esta zona: «No me importa cómo te sientes; dime lo que piensas», «No tengo información suficiente para tomar una decisión», «¿Por qué me lo discutes? ¿No ves que s**é** de qué hablo?», «Me sorprende que siendo una persona intelectual y educada creas en esa estupidez de la relación mente-cuerpo».

El *séptimo chakra* está relacionado con ver la finalidad más importante de nuestra vida. También está asociado a las actitudes, la fe, los valores, la conciencia, la valentía y el humanitarismo. ¿Tenemos un sentido claro de finalidad? ¿Reconocemos que tenemos el poder de crearnos nuestra propia vida y que al mismo tiempo funcionan fuerzas más grandes en el Universo? ¿Entendemos la paradoja de saber que podemos influir en ciertos acontecimientos mientras al mismo tiempo sabemos que ocurren cosas que escapan a nuestro control, que podrían no gustarnos pero que en último término sirven a una finalidad que en esos momentos no entendemos? Este chakra está situado cerca de la coronilla, y es el marco metafísico en torno al cual construimos nuestra moral y nuestra conciencia.

Cualquier acontecimiento peligroso para la vida o cualquier enfermedad grave tienen la capacidad de despertar la sabiduría en esta zona, al conectarnos con una visión más grande del Universo y de nuestra finalidad personal en él. Las personas que han tenido una experiencia de muerte clínica temporal suelen explicar cómo esta les ha cambiado la vida en todos los aspectos, dejándolas con una profunda certeza acerca de cómo pasar de la mejor manera posible el resto de su vida. Aunque toda enfermedad peligrosa para la vida puede tener un sentido en el séptimo chakra, entre las que están concretamente

relacionadas con el despertar de la sabiduría en este chakra se encuentran la parálisis y las enfermedades que afectan a los sistemas muscular y nervioso, como la esclerosis múltiple y la esclerosis lateral amiotrófica. Una persona puede nacer con un reto del séptimo chakra en forma de enfermedad genética.

Entender la anatomía de la energía es la clave para la verdadera sanación, en lugar de simplemente enmascarar los síntomas, porque ofrece una visión global y holista de cómo cada persona participa en la creación de su salud o su enfermedad. Es posible que gran parte de la información presentada en este capítulo haya sido nueva para ti. Tómate tu tiempo y ve asimilándola a tu manera y a tu propio ritmo.

Nuestro cuerpo sana mejor cuando estamos viviendo en el presente. Nuestro poder para sanar y mantenernos sanas está en el momento presente, ahora. Cuando estamos verdaderamente presentes, podemos sanar casi cualquier cosa. Pero la mayoría de las personas ocupan la mayor parte de su energía en heridas de su pasado, y el resto lo consumen preocupándose por el futuro. No se puede sanar nada si en el momento presente no disponemos de una importante cantidad de energía y espíritu. El doctor Lewis Thomas dijo una vez que había llegado a creer que el cáncer es la metáfora física para expresar una extrema necesidad de crecer. El crecimiento sano supone tener disponibles todas las partes posibles de uno mismo en el momento presente, en el «ahora», que es el único lugar en el que puede ocurrir la sanación. Rara vez está una persona siempre presente en el ahora, hoy. Vivir en el ahora es una habilidad que se desarrolla mediante la introspección, la meditación y mediante saltos de fe hacia la libertad y la alegría; un salto pequeño cada vez, día a día.

Por favor, presta atención a cómo te sientes. Recuerda que muchas enfermedades comienzan siendo emociones bloqueadas. ¿Qué recuerdas? ¿Hay algo que necesitas saber o hacer respecto a la información que acabas de leer? El capítulo 15, «Pasos para sanar», está destinado a ayudarte en este proceso.

SEGUNDA PARTE

Anatomía de la sabiduría femenina

5
El ciclo menstrual

Imagínate que el primer día de tu primera menstruación tu madre te hubiera regalado un ramo de flores, te hubiera llevado a comer fuera y después las dos hubierais ido a la joyería, donde os esperaba tu padre, te hubieran hecho agujeros en las orejas y él te hubiera regalado tu primer par de pendientes, y luego hubieras ido con algunas de tus amigas y también con amigas de tu madre a pintarte por primera vez los labios; y después,
por primera vez, hubieras asistido
a la asamblea de las Mujeres
a aprender
la sabiduría femenina.
¡Qué diferente habría sido tu vida!

JUDITH DUERK, Circle of Stones

Podemos recuperar la sabiduría del ciclo menstrual sintonizando con nuestra naturaleza cíclica y celebrándola como una fuente de poder femenino. El flujo y reflujo de los sueños, la creatividad y las hormonas que intervienen en las diferentes partes del ciclo nos ofrecen una profunda oportunidad de ahondar nuestra conexión con nuestro saber interior. Este es un proceso gradual para la mayoría de las mujeres, un proceso que supone desvelar nuestra historia personal y después, día a día, pensar de modo diferente acerca de nuestros ciclos y vivirlos de una forma nueva.

Nuestra naturaleza cíclica

El ciclo menstrual es el más básico y terrenal que tenemos. La sangre es nuestra conexión con lo femenino arquetípico. Los ciclos macrocósmicos de la naturaleza, como el flujo y reflujo de las mareas y los cambios de estación, se reflejan a menor escala en el ciclo menstrual del cuerpo femenino individual. La maduración mensual de un óvulo y el embarazo o la evacuación de la sangre menstrual subsiguientes reflejan el proceso de la creación como ocurre no sólo en la naturaleza, inconscientemente, sino también en las empresas humanas. En muchas culturas, el ciclo menstrual se ha considerado sagrado.

CUADRO 5
ANATOMÍA DE LA SABIDURÍA FEMENINA

Órgano o proceso corporal	*Sabiduría codificada*	*Disfunción energética*	*Manifestación física*
CICLO MENSTRUAL	Sabiduría cíclica intuitiva y reciclaje y procesado emocional.	Negativa a aceptar las emociones difíciles y las agradables: la oscuridad y la luz. No permitirse ver el lado oscuro ni trabajar con él.	Faltas de reglas; reglas muy abundantes; reglas irregulares; síndrome de tensión premenstrual.
ÚTERO	Centro creativo en relación con el yo.	Esclavitud a las emociones de otras personas. Incapacidad de dar a luz al yo más creativo.	Miofibromas.
OVARIOS	Impulsos creativos en el mundo exterior. Autoafirmación en el mundo exterior. Ambición excesiva, insuficiente o desequilibrada en los planos económico, creativo o relacional.	Adicción a la autoridad o la aprobación externa.	Anormalidades en la ovulación; quistes ováricos; cáncer de ovario.

Órgano o proceso corporal	*Sabiduría codificada*	*Disfunción energética*	*Manifestación física*
MAMAS	Expresión emocional y relaciones.	Incapacidad para sentir plenamente, expresar y resolver las emociones. Incapacidad para participar en relaciones equilibradas. Desequilibrio entre la intimidad con una misma (pasar tiempo sola) y la intimidad con otras personas.	Quistes o dolor en las mamas; cáncer de mama.
EMBARAZO	Capacidad de concebir una idea o una vida con otra persona, sostenerla, sustentarla y permitirle nacer.	Energía insuficiente para generar y mantener una nueva vida. Incapacidad de confiar en el proceso de dar a luz. Ambivalencia respecto al efecto del embarazo y el cuidado de los hijos en el trabajo, la imagen corporal y las necesidades personales. Aferramiento a la aflicción y la pérdida.	Infecundidad; aborto espontáneo; parto disfuncional.

Órgano o proceso corporal	*Sabiduría codificada*	*Disfunción energética*	*Manifestación física*
CUELLO DEL ÚTERO, VAGINA Y VULVA	Discreción acerca de la intimidad. Capacidad de crearse límites sanos.	Límites mal definidos en las relaciones. Relaciones sexuales o de otro tipo (laborales, por ejemplo) que no favorecen el bienestar. Sentimiento de culpabilidad por el placer sexual.	Herpes; verrugas; dolor vulvar crónico; infecciones vaginales; citologías anormales; cáncer de cuello del útero.
TRACTO URINARIO Y VEJIGA	Capacidad de sentir plenamente las emociones y liberarlas por completo.	Sentirse «decepcionada» crónicamente por la vida en general. Flujo estancado de emociones en las relaciones. Dependencia en las relaciones.	Infección crónica del tracto urinario; cistitis intersticial.
MENOPAUSIA	Pasaje a los años de sabiduría. Capacidad de estar abierta a un conocimiento intuitivo constante. Siembra de nuevas semillas en la comunidad.	Asunto inconcluso del pasado que no se ha tratado. Miedo al proceso del envejecimiento.	Sofocos incapacitadores; melancolía; depresión; palpitaciones; ansiedad; olvidos.

Incluso en la sociedad moderna, en la que estamos desconectadas de los ritmos de la naturaleza, el ciclo de la ovulación está influido por la Luna. Los estudios han demostrado que los índices más elevados de concepción, y probablemente de ovulación, se producen durante la luna llena o el día anterior. Durante la luna nueva disminuyen los índices de ovulación y concepción, y a un número cada vez mayor de mujeres les viene la menstruación. La investigación científica ha documentado que la Luna rige el flujo de los líquidos (tanto el de las mareas como el de los fluidos del cuerpo) e influye en el inconsciente y en los sueños.[1] En cuanto a la distribución en el tiempo del ciclo menstrual, del ciclo de la fertilidad y del parto, también siguen el ritmo de las mareas, dominadas por la Luna. Está documentado el papel de los factores ambientales, como la luz, la Luna y las mareas, en la regulación de los ciclos menstruales y la fertilidad de la mujer. En un estudio realizado con cerca de dos mil mujeres con ciclos menstruales irregulares, más de la mitad consiguieron regularizarlo a ciclos de 29 días durmiendo con una luz cerca de la cama durante los tres días más cercanos a la ovulación.[2]

El ciclo menstrual rige el flujo no sólo de los líquidos, sino también de la información y la creatividad. Recibimos y procesamos información de forma diferente en las distintas fases del ciclo. A mí me

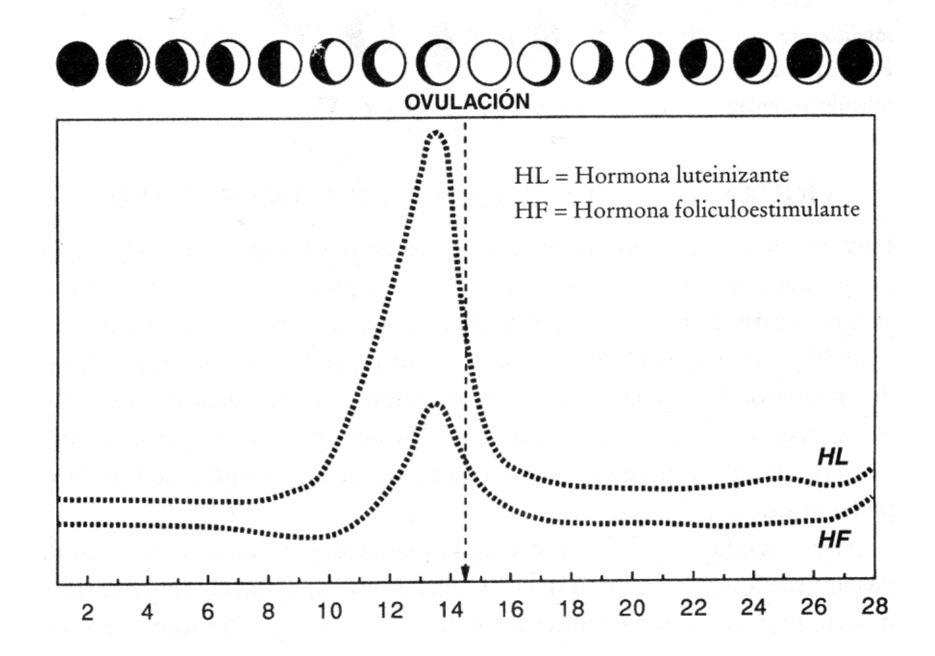
gusta explicar la sabiduría del ciclo menstrual de la siguiente manera: desde el comienzo de la menstruación hasta la ovulación, estamos madurando un óvulo y, al menos de forma simbólica, preparándonos para dar nacimiento a otro ser, papel que la sociedad honra. Muchas mujeres encuentran que están en su cima de expresión en el mundo exterior desde el comienzo del ciclo menstrual hasta la ovulación: su energía es extrovertida y animada; se sienten llenas de entusiasmo y nuevas ideas, es decir, son más «fértiles». En muchas mujeres el deseo sexual está en su apogeo a mitad del ciclo, y nuestro cuerpo secreta en el aíre hormonas que se han asociado con el atractivo sexual.[3] (Nuestra sociedad dominada por los hombres valora muchísimo esto, y nosotras lo interiorizamos como una «buena» fase de nuestro ciclo.) Una paciente, camarera de una cafetería de carretera adonde van a comer muchos camioneros, me ha dicho que las propinas que recibe son mayores a mitad de su ciclo, alrededor de la ovulación. Un hombre describía a su mujer como «muy vital y eléctrica» durante esa fase de su ciclo.

Las fases folicular y lútea

El ciclo menstrual refleja el modo en que la conciencia se convierte en materia y el pensamiento crea la realidad. En el plano estrictamente físico, durante el periodo de tiempo comprendido entre la menstruación y la ovulación (llamado «fase folicular»), crece y se desarrolla un óvulo, mientras en el interior de la pared del útero también comienzan a desarrollarse colecciones circulares de células del sistema inmunitario llamadas «agregados linfoides».[4] En el plano más amplio de las ideas y la creatividad, esta primera mitad del ciclo es también una muy buena época para iniciar nuevos proyectos. Una investigadora amiga mía me dice que durante esta parte de su ciclo tiene la máxima energía para poner en práctica ideas para nuevos experimentos. La ovulación, que ocurre a mitad del ciclo, viene acompañada por un brusco aumento de la hormona foliculoestimulante y la hormona luteinizante. El aumento del nivel de estrógeno que acompaña esto se ha relacionado con un aumento de la actividad del hemisferio cerebral izquierdo (fluidez verbal) y una disminución de la actividad del hemisferio derecho (capacidad visual y espacial, como la de dibujar un cubo o entender un mapa).[5] La ovulación representa la creatividad en su grado máximo; la base biológica de ello podría ser la oleada de hormonas que la acompaña. Las semanas siguientes a la ovulación conducen a la menstruación; este es un periodo de evaluación y reflexión, en que se contempla lo que se ha creado y los aspectos negativos o difíciles de nuestra vida que necesitamos cambiar o modificar. Mi amiga investigadora observa que durante esta parte de su ciclo prefiere hacer tareas rutinarias que no requieran mucha participación de otras personas ni pensamiento expansivo por su parte.

Nuestro ciclo creativo biológico y psíquico va paralelo a las fases de la Luna; investigaciones recientes han descubierto que el sistema inmunitario del tracto reproductor también es cíclico: llega a su punto máximo durante la ovulación y después mengua. Desde épocas muy antiguas, algunas culturas han llamado «lunares» a los periodos menstruales. Cuando las mujeres viven en ambientes naturales, su ovulación tiende a ocurrir durante la luna llena, y la regla y el periodo de reflexión durante la fase oscura de la luna. Hay datos científicos que sugieren que los ciclos biológicos, así como los ritmos de los sueños y las emociones, están regulados por la Luna y las mareas, y también por los planetas. Concretamente, la Luna y las mareas interaccionan con el campo electromagnético de nuestro cuerpo, influyendo por consiguiente en nuestros procesos fisiológicos internos. La propia Luna tiene una fase en que está cubierta por la oscuridad, y después, a partir de la luna nueva, lentamente se nos vuelve a hacer visible y va creciendo hasta llenarse. Las mujeres también pasamos por un periodo de oscuridad cada mes, periodo en que nuestra fuerza vital parece desaparecer (fases premenstrual y menstrual).[6] No tenemos por qué tener miedo ni pensar que estamos enfermas si menguan nuestras energías y nuestro ánimo durante unos cuantos días cada mes. En muchas partes de la India es perfectamente aceptable que las mujeres aminoren su ritmo de trabajo y descansen más durante la menstruación. He llegado a comprender que todo tipo de enfermedades relacionadas con el estrés disminuirían muchísimo si sencillamente siguiéramos la sabiduría de nuestro cuerpo una vez al mes. Demetra George escribe que es entonces, en la oscuridad de la Luna, cuando «la vida se limpia, revitaliza y se transforma en su desarrollo evolutivo en espiral hacia la sintonía con su naturaleza esencial».[7]

FIGURA 3. CICLO MENSTRUAL (DÍAS)



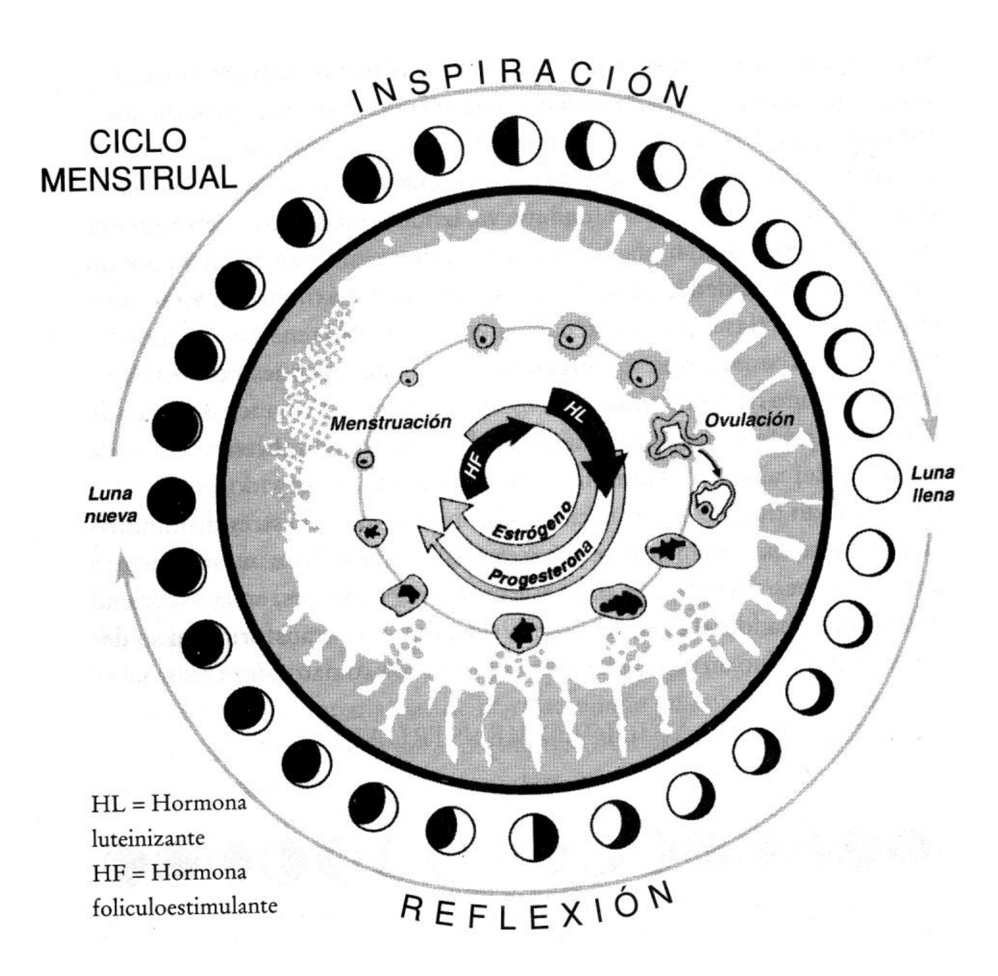


FIGURA 4. CARTA LUNAR DEL CICLO MENSTRUAL

Hay estudios que demuestran que muchas mujeres comienzan su periodo menstrual durante la fase oscura de la Luna (luna nueva) y empiezan a sangrar entre las cuatro y las seis de la mañana, la parte más

oscura del día.[8] Muchas mujeres, entre ellas, yo, hemos observado que el primer o dos primeros días de la regla sentimos el deseo de organizar nuestra casa o lugar de trabajo, hacer limpieza de los armarios, y de nuestra vida. Nuestra limpieza biológica natural va acompañada también de una limpieza psíquica.

Si no quedamos biológicamente embarazadas durante la ovulación, pasamos a la segunda mitad del ciclo, la fase lútea, es decir, la que va desde la ovulación hasta el comienzo de la menstruación. Durante esta fase, de modo natural nos retiramos de la actividad exterior y nos dedicamos más a la reflexión. Nos volvemos más hacia nuestro interior, preparándonos para *desarrollar o dar nacimiento a algo que procede de lo más profundo de nuestro interior.* La sociedad no se muestra tan entusiasta por esto como por la fase folicular. Así pues, juzgamos «malas e improductivas» la energía, las emociones y la introversión premenstruales. (Véase fig. 4.)

Dado que por lo general nuestra cultura sólo valora lo que podemos entender racionalmente, muchas mujeres tienden a bloquear en toda ocasión el flujo de información «lunar» inconsciente que les llega antes de la menstruación o durante ella. La información lunar es reflexiva e intuitiva. Nos la transmiten los sueños, las emociones y los anhelos. Se nos presenta bajo la capa de la oscuridad. Cuando bloqueamos rutinariamente la información que nos llega durante la segunda mitad del ciclo menstrual, esta no tiene otra alternativa que volver como síndrome premenstrual o locura menopáusica, igual como nuestros otros sentimientos o síntomas corporales suelen causar enfermedades si no les hacemos caso.[9]

La fase lútea, desde la ovulación hasta el comienzo de la menstruación, es la fase en que las mujeres *están más sintonizadas con su saber interior y con lo que no funciona en su vida.* Se ha demostrado que los sueños son más frecuentes y más gráficos durante las fases premenstrual y menstrual del ciclo.[10] Antes de la menstruación es más delgado el «velo» que separa los mundos visible e invisible, lo consciente de lo inconsciente; tenemos acceso a partes con frecuencia inconscientes de nuestro yo que nos son menos accesibles en otros momentos del mes. De hecho, se ha demostrado experimentalmente que antes de la menstruación se activa más el hemisferio cerebral derecho, es decir, la parte relacionada con el conocimiento intuitivo, mientras que disminuye la actividad del hemisferio izquierdo; curiosamente, también aumenta la comunicación entre los dos hemisferios.[11] La fase premenstrual es, por lo tanto, un periodo en que tenemos más acceso a nuestra magia, a nuestra capacidad de reconocer y transformar los aspectos más difíciles y dolorosos de nuestra vida. Antes de la menstruación estamos más sintonizadas de un modo natural con lo que tiene más sentido en nuestra vida; somos más propensas a llorar, pero las lágrimas siempre están relacionadas con algo que tiene sentido para nosotras. Los muchos estudios de la doctora Katerina Dalton han documentado que las mujeres son más emotivas antes de la menstruación, más propensas a desahogar la rabia, a los dolores de cabeza y al cansancio, y es posible incluso que experimenten una exacerbación de enfermedades ya existentes, como la artritis, por ejemplo. Mientras estemos desconectadas de nuestras partes ocultas vamos a sufrir antes de la menstruación. Años de experiencia personal y clínica me han enseñado que los problemas premenstruales dolorosos o desagradables son siempre reales y deben tratarse.

Es necesario creer en la importancia de los problemas que nos surgen antes de la menstruación. Aunque es posible que nuestro cuerpo y nuestra mente no expresen estos problemas e inquietudes del modo como lo harían durante la primera parte del ciclo (los llamados «días buenos»), nuestra sabiduría interior ciertamente nos está pidiendo que le prestemos atención. Una mujer me contó, por ejemplo, que siempre que está en la fase premenstrual se inquieta porque la casa, el coche y las inversiones están solamente a nombre de su marido. Cuando se lo dice, él le contesta: «¿Y qué hay de malo en eso? ¿Acaso no confías en mí?». Yo a eso lo llamaría «comprobación premenstrual de una realidad que necesita atención». Un hombre me explicaba que durante la fase folicular su esposa era fabulosa, estaba siempre alegre y animada, tenía la casa en orden y cocinaba; pero que después de la ovulación se «dejaba estar» y hablaba de volver a estudiar y salir más. Yo le dije que esos problemas que surgen antes de la menstruación deberían tomarse en serio, y le pedí que considerara qué necesidades de su esposa eran para su pleno desarrollo personal. Le señalé que ese comportamiento difícil antes de la menstruación era su manera de expresar esas necesidades.

Durante todo el ciclo menstrual hay una estrecha relación entre la psique de la mujer y el funcionamiento de sus ovarios. Antes de la ovulación estamos extravertidas y animadas; durante la ovulación estamos muy receptivas hacia los demás, y después de la ovulación (antes de la menstruación) estamos más introvertidas y reflexivas. Un asombroso estudio realizado en los años treinta apoya mis observa-

ciones. La doctora Therese Benedek, psicoanalista, estudió las historias psicoterápicas de un grupo de pacientes mientras su colega el doctor Boris Rubenstein estudiaba los ciclos hormonales ováricos de esas mismas mujeres. Fijándose en el contenido emocional de la mujer, la doctora Benedek era capaz de decir con increíble precisión en que fase de su ciclo menstrual estaba. Los autores escribieron: «Nos complace y nos sorprende descubrir una correspondencia exacta de las fechas de ovulación determinadas independientemente por los dos métodos», es decir, el material psicoanalítico contrastado con los hallazgos fisiológicos. Descubrieron que antes de la ovulación, cuando los niveles de estrógeno están en su cúspide, las emociones y el comportamiento de las mujeres estaban dirigidos hacia el mundo exterior. Durante la ovulación, sin embargo, las mujeres se sentían más relajadas y contentas y estaban muy receptivas al cariño y la atención de los demás. Durante la fase posovulatoria y premenstrual, cuando son los niveles de progesterona los que están en la cúspide, las mujeres tendían más a centrarse en sí mismas y estaban más interesadas por actividades orientadas hacia el interior. Curiosamente, en las mujeres que tenían reglas pero no ovulaban, los autores encontraron ciclos similares de emociones y comportamiento, sólo que alrededor de la fecha en que la ovulación debía haberse producido, estas mujeres no sólo no presentaban la ovulación, sino que tampoco tenían las emociones que suelen acompañarla; es decir, no estaban relajadas, ni contentas ni receptivas a la atención de otras personas.[12]

Dada nuestra herencia cultural y las creencias acerca de la enfermedad en general y del ciclo menstrual en particular, no es difícil entender cómo las mujeres han llegado a equiparar su fase premenstrual con una enfermedad o maldición y no a considerarla un periodo para la reflexión y la renovación. De hecho, se ha demostrado experimentalmente que el lenguaje empleado por nuestra cultura para referirse al útero y los ovarios afecta al ciclo menstrual de las mujeres. Una mujer a la que, en estado hipnótico, se le dicen cosas positivas respecto a su ciclo menstrual, va a ser mucho menos propensa a sufrir de molestias relacionadas con la menstruación.[13] Por otra parte, en un estudio se comprobó que las mujeres a las que se les hizo creer que tenían problemas premenstruales cuando en realidad no los tenían, decían que experimentaban más síntomas físicos adversos (retención de líquido, dolor e irritabilidad) que las mujeres de otro grupo a las que se les hizo creer que no tenían problemas premenstruales.[14] Estos estudios son excelentes ejemplos de cómo nuestros pensamientos y creencias tienen el poder de influir en nuestras hormonas, nuestra bioquímica y nuestra experiencia subsiguiente.

Sanar a través de nuestros ciclos

Una vez que comenzamos a valorar nuestro ciclo menstrual como parte de nuestro sistema de guía interior, comenzamos a sanar tanto en el aspecto hormonal como en el emocional. No cabe duda de que antes de la menstruación muchas mujeres se sienten más introvertidas y más conectadas con su dolor personal y el dolor del mundo. Muchas están también más conectadas con su creatividad y tienen sus mejores ideas antes de la menstruación, si bien es posible que no las lleven a la práctica hasta más adelante. Durante la fase premenstrual necesitamos tiempo para estar solas, para descansar y para alejarnos de nuestros deberes diarios, pero tomarse ese tiempo es una idea y una práctica nuevas para muchas mujeres. El síndrome premenstrual es una consecuencia de no respetar nuestra necesidad de subir y bajar como las mareas. A esta sociedad le gusta la acción, de modo que con frecuencia no respetamos nuestra necesidad de descansar y reponernos. El ciclo menstrual está para enseñarnos la necesidad de inspiración y espiración en los procesos de la vida. Cuando nos estamos acercando a la menstruación y nos sentimos frágiles, necesitamos descansar y cuidarnos durante uno o dos días. En la asamblea lunar de los aborígenes norteamericanos, las mujeres que estaban menstruando se reunían para renovarse y soñar juntas, y de ahí salían inspiradas y también inspiradoras para los demás. Creo que la mayoría de los casos de síndrome premenstrual desaparecerían si todas las mujeres modernas abandonaran sus deberes durante tres o cuatro días cada mes y otra persona les llevara la comida.

En cuanto a mí, he descubierto que lo único que necesito es, simplemente y sin pedir disculpas, declarar a mi marido mi necesidad de una huelga de brazos caídos una vez al mes. Cuando manifiesto respeto por mí misma y los procesos de mi cuerpo, él también los respeta, y mi cuerpo reacciona con agrado y gratitud. En efecto, mi experiencia de mi ciclo menstrual comenzó a cambiar cuando advertí que mis percepciones más significativas respecto a mí misma, mi vida y mis escritos se producían uno o dos días antes de la menstruación. A mis treinta y tantos años comencé a esperar con ilusión mis reglas,

a comprender que son un periodo de tiempo sagrado que nuestra cultura no honra. Cuando estoy en mi fase premenstrual, las cosas que me dan ganas de llorar son aquellas que tienen más importancia para mí, las que sé que me sintonizan con mi poder y mis verdades más profundas. Mi mayor sensibilidad la considero un regalo de percepción profunda. No me enfado, aunque si me enfadara, prestaría atención y no lo achacaría a «mis estúpidas hormonas». Me gusta seguir la pista a las fases de la Luna en mi calendario para ver si ovulo cuando la Luna está llena, cuando está oscura o en el periodo intermedio. Cuando ovulo durante la luna llena y menstruo en la fase oscura de la Luna, mi periodo reflexivo interior está sincronizado con la oscuridad de la Luna. Si la regla me viene con la luna llena, es más intensa: estoy más cargada emocionalmente que de costumbre, y la sangre es más abundante de lo normal. He descubierto que a veces el solo hecho de desear tener la menstruación cuando la Luna está oscura tiende a mover mis ciclos en esa dirección, aunque no siempre (no trato de controlarlo). Observar mi ciclo personal en relación con el ciclo de la Luna me conecta conscientemente con la Tierra y me ayuda a sentirme vinculada con las mujeres del presente y del pasado.

Nuestra herencia cultural

El ciclo menstrual y el cuerpo femenino se consideraron sagrados hasta hace cinco mil años, cuando las pacíficas culturas matriarcales de la vieja Europa fueron derrocadas.[15] El significado original de la palabra «tabú» era «sagrado», y a las mujeres que estaban menstruando ***se*** las consideraba sagradas; ahora, en algunas sociedades se las considera sucias. Sus sueños y visiones solían aprovecharse para guiar a la tribu. Las culturas aborígenes de todo el mundo han honrado a las jóvenes con ceremonias de mayoría de edad. La primera menstruación significaba ser iniciadas en los «oficios del sexo femenino», iniciación que hacían las madres, las tías y otras mujeres iniciadas.[16] Testimonios arqueológicos de más de seis mil años de antigüedad apuntan al hecho de que los primeros calendarios eran huesos en los que se hacían pequeñas marcas y que usaban las mujeres para llevar la cuenta de sus ciclos.[17] Sin embargo, en la mayor parte de la historia occidental escrita, e incluso en los códigos religiosos, el ciclo menstrual se ha relacionado con la vergüenza y la degradación, con la naturaleza oscura e incontrolable de las mujeres. A las mujeres que estaban menstruando se las consideraba sucias. Plinio el Viejo escribió en el año 65 de nuestra era:

> Pero nada se podría encontrar fácilmente que sea más singular [nótese la ambigüedad de la palabra elegida] que el flujo mensual de las mujeres. A su contacto el vino nuevo se agria, las cosechas se hacen estériles, las semillas de los jardines se secan, los frutos de los árboles se caen. Se opaca la brillante superficie de un espejo que simplemente lo refleje, se mella el filo del acero y se apaga el resplandor del marfil. Morirán colmenas de abejas. Incluso el bronce y el hierro se oxidan al instante y un olor espantoso impregna el aire. Probarlo enloquece a los perros, cuya mordedura infecta con un veneno incurable.[18]

El tabú asociado al ciclo menstrual ha continuado hasta hoy. A generaciones de mujeres se nos ha enseñado que somos más vulnerables físicamente durante la menstruación, y que no podemos bañarnos, nadar ni lavarnos el pelo mientras la tengamos. Estas creencias nacieron de la teoría victoriana de que bañarse, lavarse la cabeza o nadar podría «dar marcha atrás» al flujo menstrual, causando trombosis, locura o un comienzo rápido de tuberculosis.[19] Más recientemente se ha pensado que el contacto con el agua durante ese tiempo podría ser causa de resfriado. No hay ninguna base científica que respalde ninguno de estos tabúes; sin embargo, durante generaciones han servido para que las mujeres tengan miedo de un proceso corporal natural.

Si queremos recuperar nuestra sabiduría menstrual y honrar nuestra naturaleza cíclica, al mismo tiempo hemos de reconocer las actitudes negativas hacia el ciclo menstrual que la mayoría de nosotras hemos interiorizado. Hemos de reconocer el dolor y las molestias que muchas de nosotras experimentamos cada mes. Nuestra naturaleza cíclica ha sido el blanco de todo tipo de chistes y burlas. Para muchas mujeres, la pubertad y la primera menstruación han estado saturadas de vergüenza y humillación. Aparte de la violencia y el miedo, nada en nuestra sociedad ha sido más eficaz para mantener en su lugar a las mujeres que la degradación del ciclo menstrual.

Parte de nuestra sanación consiste en reemplazar por información correcta los nocivos mitos heredados sobre nuestro ciclo menstrual. Después de la menarquia (primera menstruación), que generalmente ocurre alrededor de los doce años en esta sociedad, una mujer alcanza su madurez sexual. Es necesaria una cierta composición corporal para el comienzo de la menarquia. Normalmente el peso del cuerpo debe estar formado por aproximadamente un 17 por ciento de grasa para que una joven comience a tener la regla. Los estudios han indicado que, para la mayoría de las mujeres, es necesario que el nivel de grasa sea más o menos el 22 por ciento del peso corporal para que haya ciclos ovulatorios ininterrumpidos.[20] Esto explica por qué las jóvenes anoréxicas y las bailarinas y atletas que son muy delgadas no tienen periodos regulares. Si bien normalmente los primeros ciclos de una jovencita no son ovulatorios, durante los años siguientes se va volviendo fértil poco a poco y sus ovarios comienzan a producir un óvulo cada mes. Si el óvulo mensual no es fertilizado en mitad de ciclo, esto produce un periodo menstrual más o menos catorce días después de la ovulación. En el flujo menstrual se elimina el revestimiento del útero (el endometrio), que cada mes se forma y desprende cíclicamente, estimulado por una compleja y asombrosa interacción entre las hormonas producidas por los ovarios, la glándula pituitaria y el hipotálamo (véase figura 5). Dada la complejidad de esta interacción hormonal, muchos aspectos de la vida de la mujer afectan al ciclo menstrual. El ciclo a su vez afecta a muchos aspectos de la vida de la mujer.

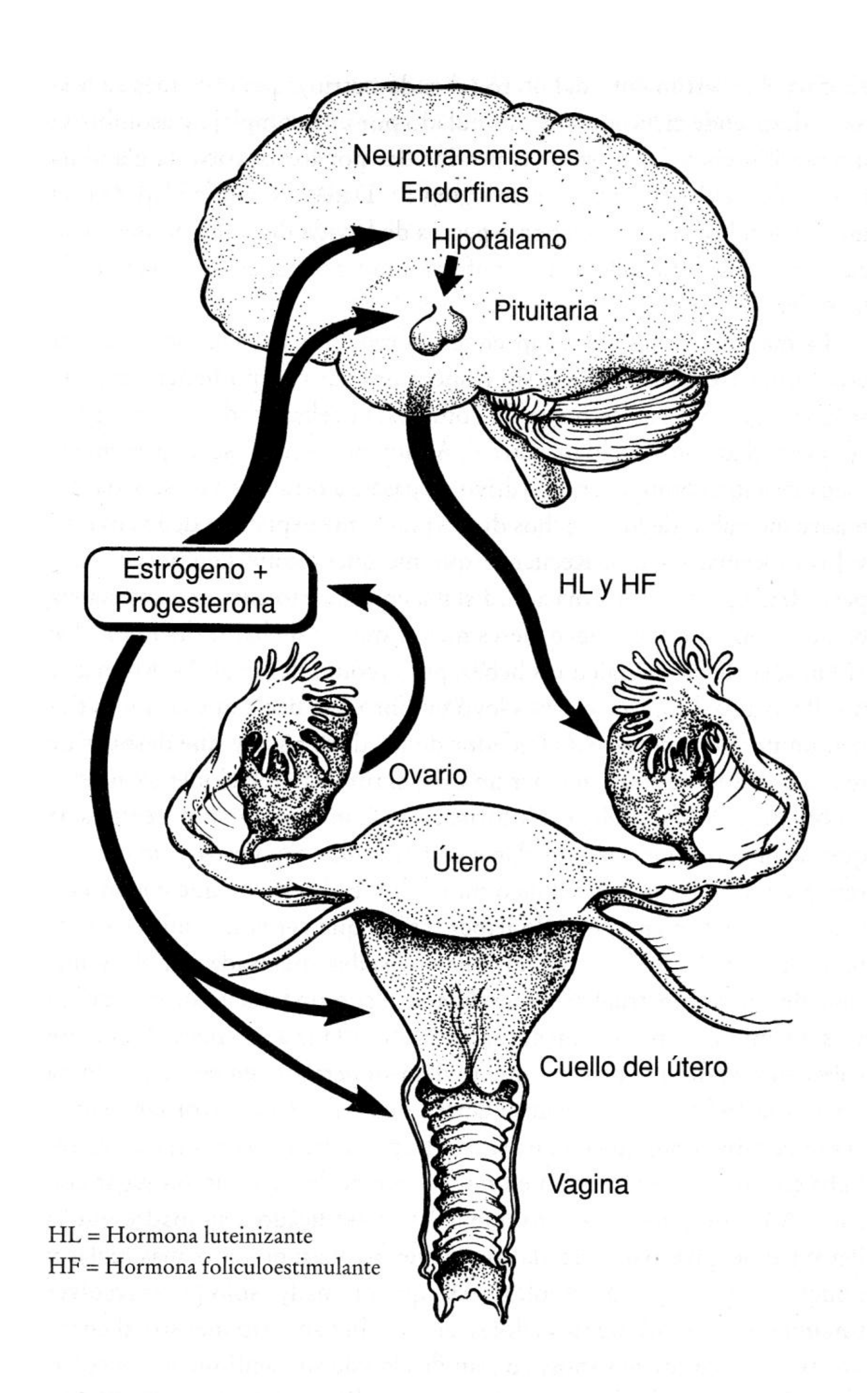


FIGURA 5. EL CONTINUO MENTE-CUERPO FEMENINO. INTERACCIONES ENTRE EL CEREBRO Y LA PELVIS

La mayoría de las chicas aprenden lo referente al ciclo menstrual de una forma aséptica y clínica, sin respeto por sus cuerpo femenino ni su sexualidad. Rara vez se habla de cómo están relacionados su cuerpo y su sexualidad con el ciclo menstrual. A muy pocas niñas se les presenta la menstruación como un rito positivo de pasaje a otra etapa de su vida. Mi madre me habló de los «hechos de la vida» y me explicó lo de los óvulos y los espermatozoides. Recuerdo que me quedé muy desconcertada y perturbada por esa información. Estaba en el cuarto curso de enseñanza primaria. Mi hermana, once meses menor que yo, le había dicho ese día: «Mamá, sé de donde salen los bebés, pero ¿cómo llegan allí?». Mi madre nos llevó a su dormitorio y nos leyó un libro que decía que las niñas tienen un periodo menstrual alrededor de los doce años y que después de tener ese periodo podrían tener un bebé si tuvieran relaciones sexuales.

No me hizo nada feliz esa información. Continué con la esperanza de que las mujeres pudieran quedarse embarazadas con besos y no con ese repugnante acto que nos explicó mi madre. El hecho de que encontrara todo eso tan repugnante pudo haber tenido que ver con la iniciación de mi propia madre en la pubertad. Ella no estaba interesada por el significado del ciclo menstrual ni la sacralidad del cuerpo femenino, aunque era y es una mujer verdaderamente sabia y adelantada a su época. Mi madre había entendido que una vez que tuviera su periodo, en cierto modo ya no podría disfrutar de la misma manera. Sus actividades favoritas cuando era niña habían sido jugar al béisbol y trepar a los árboles con los chicos. Pero cuando se «transformó en mujer», ya no le permitieron jugar con ellos. Años después me contó que le había suplicado a su madre que la llevara al hospital para que «la compusieran» y así no tener más reglas y poder volver a jugar al béisbol. Puesto que mi madre sólo pudo resolver totalmente sus sentimientos adolescentes sobre su ciclo menstrual cuando cumplió los sesenta años, yo asimilé algo de sus sentimientos inconscientes en torno a la menstruación, aunque ella me la presentó como una parte normal de la vida.

En lugar de celebrar nuestra naturaleza cíclica como un aspecto positivo de nuestro ser femenino, nuestra cultura nos enseña que no debemos reconocer nuestras reglas en absoluto, no sea que vayamos a desatender las necesidades de nuestro marido y nuestros hijos. Fíjate en este extracto de una hoja adjunta a una caja de tampones en 1963:

CUANDO SEAS ESPOSA

> No te aproveches de tu marido. Esta es una vieja norma de buen comportamiento conyugal que continúa siendo tan válida y sensata hoy como lo ha sido siempre. Claro que no vas a tratar de aprovecharte, pero a veces las formas de aprovecharse no son evidentes.
>
> No lo relacionarías con la menstruación, por ejemplo. Sin embargo, si descuidas las sencillas normas que hacen de la menstruación un periodo normal del mes, y te retiras cada mes durante unos días como si estuvieras enferma, te estás aprovechando de la afabilidad de tu marido. Él se casó con una esposa a jornada completa, no a jornada parcial. Así pues, deberás estar activa, animosa y alegre todos los días.[21]

Siempre alegre, como en esas viejas películas de Doris Day. No es de extrañar que tantas mujeres tengan el síndrome premenstrual. Cuando pienso en el adoctrinamiento representado por esa hoja de 1963, el año que tuve mi primera regla, me maravilla que las mujeres hayamos llegado hasta donde hemos llegado.

El ciclo menstrual, las píldoras anticonceptivas y la intuición femenina

Nuestra intuición funciona de diferente modo durante las diversas fases del ciclo menstrual, y vuelve a cambiar después de la menopausia. Uno de mis colegas, médico osteópata, advirtió esta conexión entre la intuición y el ciclo menstrual; me envió a una paciente para un cambio en su método de control de la natalidad. Ella llevaba varios años tomando la píldora, pero él pensó que eso interfería en su capacidad de saber cuáles deberían ser sus próximos pasos en la vida. En la nota que me envió me decía: «Las píldoras anticonceptivas le obstaculizan la función intuitiva. Sugiérale alternativas». Aplaudo a este médico por su profunda percepción.

En una época en la que a causa del consumo de píldoras anticonceptivas millones de cuerpos femeninos están más sintonizados con las empresas farmacéuticas que con la Luna, no es pequeña tarea reconsiderar un medicamento que ha ofrecido a tantas mujeres ventajas muy pregonadas. Después de todo, la píldora nos proporciona menstruaciones que jamás nos van a estropear los fines de semana, suele disminuir los dolores o espasmos menstruales y se la relaciona con un menor riesgo de cáncer ovárico y endométrico. Pero, claro, nadie está seguro de si aumenta o no el riesgo de cáncer de mama, aunque los estudios sí han demostrado que puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino.

Laurie, una de mis colegas, tocóloga y ginecóloga, tomó la píldora durante más de nueve años antes de cambiar de opinión respecto a sus ventajas. Rutinariamente había «empujado» a sus pacientes a tomarla, como si fuera la panacea, usando su experiencia personal a modo de coacción. Cuando les explicaba por qué todas debían tomar la píldora, siempre terminaba su sermón con esta afirmación: «A mí nunca me van a hacer dejar la píldora». Sólo cuando comenzó a comprender que sus enfermedades eran manifestaciones físicas de las dolencias de su espíritu, fue capaz de revaluar su postura acerca de la píl-

dora. El descubrimiento se produjo en parte porque su relación con su marido había comenzado a deteriorarse. Tenían frecuentes peleas en torno al tema de la relación sexual. Ella lo explica así: «Me enfurecía que él separara totalmente eso de todo lo demás que ocurría en nuestra relación. Al mismo tiempo, mi desagrado por el volumen y la forma de mi cuerpo, mis inhibiciones con respecto a hacer manifestaciones sonoras y mi incomodidad durante la relación sexual, más los confusos mensajes de mi infancia acerca de la sexualidad y la seducción, plagaban el sexo de connotaciones negativas y a veces de obstáculos insuperables».

Laurie estaba aprendiendo cómo nos hablan las diferentes partes de nuestro cuerpo mediante síntomas, como una parte de nuestro sistema de guía interior. Cuando lo comprendió, se dio cuenta de que continuar tomando la píldora podría impedir a sus órganos femeninos comunicarse óptimamente con ella, sobre todo en una crisis personal sobre su propia sexualidad. Comenzó a tomar conciencia de cómo, sin darse cuenta, se había separado de su cuerpo por seguir los dictados de la cultura en lugar de los de su guía interior. Este despertar fue acompañado por un interés por el feminismo por primera vez en su vida. Hasta entonces se había considerado muy realizada y funcional, que era como parecía ser aparentemente. Sin embargo, había tenido un quiste ovárico benigno, del que se había operado hacía varios años, y durante su práctica como residente la habían operado de cáncer de tiroides. Su sabiduría interior emergente le mostró que esas enfermedades habían sido la manera en que su cuerpo trataba de llamar su atención para hacerle saber que algo estaba desequilibrado en su vida. Ahora se sentía preparada y deseosa de prestar atención a lo que le decía su cuerpo, sobre todo dado que estaba sana.

«Me entristeció el hecho de haber dado por sentada —dice—, haber eliminado con fármacos o haber llamado "maldita" a toda la maravillosa obra de mi cerebro, mis hormonas, mi útero y mis ovarios. Nadie celebró jamás mi primera menstruación. Nadie me ayudó a conectar con el poder de dar vida a mi sexualidad. Deseé recuperar algo de esa magia y ese misterio perdidos. Pero me llevó casi dos años retirar las cortinas y limpiar de telarañas mi vida para lograr por fin sentir que podía comenzar tímidamente a confiar en mi cuerpo.»

Después de esos dos años de lucha personal, decidió tomarse un año libre de su atareado trabajo de tocóloga en una gran ciudad. Estaba agotada con las exigencias de tres hijos, el ejercicio de su profesión y un matrimonio que se iba a pique. Sabía que necesitaba reflexionar sobre su vida y tomar una nueva dirección. Cuenta que cuando finalmente llegó a hacerlo, dejar la píldora fue «algo así como un acto de celebración y rebelión». Para ella estaba claro que el divorcio era inminente. «Como ya no necesitaba anticonceptivos, se me ocurrió que ese podía ser el momento para permitirme el lujo de mis hormonas, de modo que tiré la última caja de píldoras y esperé. Estaba bastante segura de que, después de nueve años de recibir órdenes de Ortho Pharmaceutical, mis ovarios estarían totalmente confundidos, así que me dispuse a tener paciencia. Estaba preparada para tener hinchazones, irritabilidad, fuertes emociones y confusión. Pero no estaba preparada para lo que ocurrió.»

Dos semanas después de haber dejado de tomar la píldora, Laurie estaba sentada con un grupo de mujeres contándoles los acontecimientos de los dos últimos años. «De pronto me eché a llorar y casi no podía hablar. Recuerdo que pensé: "Vamos, esto sí que es raro"». Le llevó un tiempo darse cuenta de que antes, cuando todavía tomaba la píldora, aunque sentía tristeza por los cambios en su vida, hablaba de ellos y de sus sentimientos sin tener ninguna reacción emocional ni fisiológica. Descubrió que para ella la ovulación iba acompañada de una mayor capacidad de sentir y expresar sus emociones profundas. Escribe: «Durante otros dos días no me di cuenta de que la excesiva mucosidad del cuello del útero [una señal muy común de ovulación] y la repentina apertura de mis compuertas emocionales eran signos de ovulación. Incluso cuando lo comprendí, me negué a confiar en mi cuerpo. "Bueno —pensé—, esperaré dos semanas para ver." Dos semanas más tarde, allí estaba con su traje rojo mi primera regla espontánea en más de nueve años; nunca una visión fue tan bien acogida. Me sentí como si hubiera recibido un maravilloso regalo de un amigo perdido hacía mucho tiempo. Este cuerpo, al que había maltratado durante tanto tiempo y de tantas maneras, me volvía a hablar, me daba valor y ánimo. No estaba todo perdido».

Además de descubrir que tenía más acceso a sus emociones, Laurie descubrió también que estaba más conectada con rabias que antes habría negado. Al poco tiempo de haberse reanudado sus reglas, según cuenta: «Descubrí mi rabia; mi ira justiciera, feroz, candente. Lógicamente, mi marido fue el desprevenido receptor de lo que parecían veinte años de emoción reprimida. No sé si se lo merecía todo o

no, ciertamente no se lo merecía todo de una vez. Pero a medida que brotaba, recuerdo que pensé: "¡Esto es asombroso! Soy yo de verdad. Mis hormonas. ¡Mi magia! ". Ahora creo que si hubiera sentido esa rabia a medida que iba viniendo durante todos esos años, igual podría continuar casada. O bien me habría divorciado mucho antes. Cualquiera de las dos cosas habría sido mejor que lo que sucedió. No estuvo bien haberme perdido tanto de mí misma».

Laurie supo respetar y prestar atención a lo que le ocurría, aun cuando algo de ello fuera doloroso. Después diría: «Desde entonces sé que regularmente voy a tener noticias de mis hormonas. Ellas me dicen dónde debo poner la atención. Cuando repentinamente me echo a llorar, sé detenerme a considerar qué trabajo emocional me queda aún por hacer en ese aspecto. Cuando me viene la rabia, me recuerdo que guardármela dentro no es un regalo. La rabia no expresada produce enfermedad. Su sitio está fuera de mi cuerpo».

Lo otro que observó fue la conexión entre su ciclo menstrual y su sexualidad inherente. Muchas mujeres me han contado lo mismo. Laurie me comentó: «Hay una especie de deseo loco que corre por mi cerebro durante varios días cada mes alrededor de la ovulación. Mis amigas me lo habían dicho, pero es algo increíble. Y yo todos esos años creyendo que la píldora favorecía mi vida sexual al librarme de todos esos fastidiosos anticonceptivos barrera». Había usado el diafragma sólo cuando estaba dando el pecho a sus hijos, y de pronto comprendió que había achacado la culpa de su falta de deseo sexual al fastidioso uso del diafragma. Se dio cuenta entonces de que su falta de deseo se debía más bien a las hormonas de la lactancia y al agotamiento de la energía, no al diafragma. Muchas madres lactantes simplemente no sienten interés por la relación sexual, ya que sus energías están siendo «chupadas» literalmente por otro encantador ser humano, el bebé. El deseo sexual vuelve de forma gradual a medida que el niño va creciendo.

Laurie advirtió otro cambio que es muy común. Después que dejó de tomar la píldora, su cuerpo quiso al parecer recuperar el tiempo perdido, con ovulaciones más frecuentes durante una temporada hasta ir regulándose aproximadamente a una vez al mes. «Cuando recuperé mis ciclos, al principio eran muy cortos, más o menos cada tres semanas. Aunque me pasó fugazmente por la cabeza el pensamiento de que sería una lata sangrar una de cada tres semanas, me di cuenta de que el pensamiento era condicionado. Muchísimas mujeres de cuarenta años me habían hablado de la creciente frecuencia de sus ciclos suplicándome que "hiciera algo" para arreglarlo. Comprendí entonces que se me había concedido el regalo de ciclos cortos para "ponerme al día". Me gustó tener la menstruación más a menudo. Tenía que ovular cada tres semanas. Tenía más lecciones que aprender acerca de mi cuerpo. Fue como un curso condensado de fisiología femenina, la mía. Comencé a celebrar tener la menstruación cada tres semanas y deseé que no me viniera la menopausia hasta que tuviera 65 años. Habiéndome dado permiso para disfrutar de todas esas nuevas enseñanzas, aprendí que no era yo quien estaba al mando; los ciclos comenzaron a alargarse, primero a tres semanas y media y después a cuatro semanas. Creo que fue sencillamente una prueba, eso de tener ciclos de tres semanas. Fue para ver si realmente deseaba recuperar mi cuerpo. Y sí, lo deseo.»

La historia de Laurie ilustra cómo es recuperar nuestra sabiduría y nuestro poder menstruales. Si bien la píldora ha sido un beneficio para muchas mujeres, también las ha desconectado de algunas partes esenciales de su sabiduría femenina. Cuando las personas están en íntimo contacto mutuo, por ejemplo, una manera de comunicarse entre sí es mediante las hormonas. Pero se ha comprobado que los anticonceptivos orales eliminan parte de nuestra vía de comunicación hormonal, incluida nuestra comunicación sexual con los hombres. En un estudio se descubrió que los volátiles ácidos grasos de las secreciones vaginales, llamados copulinas, estimulan el interés y el comportamiento sexuales masculinos. Las mujeres que toman la píldora, sin embargo, no los secretan.[22] Las mujeres que viven juntas suelen tener también juntas los ciclos, lo que una de mis amigas llama «convertirse en hermanas ováricas». Esto no les ocurre a las que toman la píldora. Los estudios han demostrado que las mujeres que tienen estrechas relaciones con otras personas tienen ciclos más cortos y más regulares, mientras que las que se aíslan tienen más propensión a tener ciclos irregulares.[23]

Dolores menstruales (dismenorrea)

El 60 por ciento de las mujeres sufren de dolores menstruales. Un porcentaje menor son incapaces de funcionar durante uno o más días cada mes debido a la intensidad del dolor. El hecho de que en nuestra cultura la mayoría de las mujeres sufran de dolores menstruales es una indicación muy clara de que algo va mal en nuestra relación con nuestro cuerpo. Esto testimonia que hemos perdido mucha conexión con nuestra sabiduría menstrual. La bibliografía psicológica y ginecológica de los años cincuenta estuvo llena de estudios que sugerían que los dolores menstruales eran principalmente psíquicos, relacionados con el hecho de sentirse desgraciada por ser mujer. Caroline Myss dice que los dolores y el síndrome de tensión premenstrual son indicadores clásicos de que una mujer está en conflicto con su realidad femenina, con su papel en la tribu y con lo que esta espera de ella. Dadas las expectativas tradicionales de nuestra sociedad actual respecto a las mujeres, es raro que no padezcamos todas nosotras de dolores menstruales y síndrome premenstrual.

Los dolores menstruales no son lo mismo que el síndrome premenstrual, aunque hay mujeres que suelen sufrir de los dos. Hay dos tipos de dismenorrea: la dismenorrea primaria son dolores o espasmos que no están producidos por otra enfermedad orgánica en la pelvis. La dismenorrea secundaria son dolores o espasmos causados por endometriosis u otra enfermedad pelviana. Los tratamientos que van bien para la dismenorrea primaria también suelen ir bien para la secundaria.

Yo tuve dismenorrea primaria en mi adolescencia y me continuó hasta después de nacer mi primera hija. A veces tenía que llamar a mi madre desde el colegio para que me llevara a casa a causa del dolor. Una vez, durante mis prácticas como residente, tuve que abandonar una intervención quirúrgica importante debido a los dolores menstruales. Uno de mis compañeros residentes me dijo: «Oye, Chris, ¿tú con dolores? ¡Entonces debe ser que no todo está en la cabeza de las mujeres!». (Piensa que por entonces yo era una de «los tíos» y hacía todo lo que estaba en mi poder para mantener esa posición. Te podrás imaginar qué golpe fue para mí tener que abandonar el quirófano debido a esa terrible debilidad femenina: ¡los dolores menstruales!)

Estudios que comenzaron a fines de los años setenta demostraron que las mujeres que sufren de dolores menstruales tienen elevados niveles de la hormona prostaglandina alfa F2 en su sangre menstrual. Cuando esta hormona es liberada en el torrente sanguíneo al romperse el revestimiento endometrial, se producen espasmos en el útero, y a eso se deben los dolores.[24] (Los dolores menstruales no están en la cabeza al fin y al cabo, ¡están en el útero!)

Cuando tuve mi primera regla también me volví miope y tuve que empezar a usar gafas. Eso me dolió, porque nadie en mi familia llevaba gafas. Ahora creo que había algo que yo no deseaba ver. Mi problema de la vista empeoraba cuando leía sin dar un adecuado descanso a los ojos. Sospecho que mi aflicción era crecer en general y crecer como chica en particular, como le ocurrió a mi madre. El creciente estrés de la pubertad, junto con todos los productos lácteos que comía, me aumentaban los niveles de adrenalina (noradrenalina) y de prostaglandina F2 en la sangre, lo cual me producía fuertes dolores. Estos dolores desaparecieron un tiempo después del nacimiento de mi primera hija, pero volvieron cuando mi segunda hija tenía unos cinco años, mucho más suaves y no con cada menstruación. Ese periodo sin dolores menstruales refuerza mi creencia de que cuando mi vida está en equilibrio no tengo dolores. Cuando estoy demasiado ajetreada o estresada, tengo unas cuantas horas de dolores el primer día de la regla. Estos me frenan y son un buen recordatorio de que necesito hacer algunas modificaciones y sintonizar con la sabiduría de mi cuerpo.

Tratamiento

DIETA. Una dieta de alimentos refinados, pobre en elementos nutritivos y rica en grasas parcialmente hidrogenadas favorece el desequilibrio hormonal en todos los niveles y dispone el escenario para muchos problemas de salud femeninos. ¿Qué hay que comer entonces? Mi respuesta a esta pregunta ha evolucionado desde la primera edición de este libro.

Yo solía recomendar una dieta rica en hidratos de carbono complejos y pobre en grasas para todo, desde el síndrome premenstrual hasta los síntomas de la menopausia, o simplemente para mantener la salud. Por lo general, los resultados eran buenos. Pero a muchísimas mujeres este método dietético no les daba resultado, sobre todo cuando lo habían seguido durante varios años. Comencé a observar, por ejemplo, que una dieta demasiado pobre en grasa sana y demasiado rica en hidratos de carbono iba

acompañada por fragilidad del cabello y las uñas, falta de energía, agotamiento del sistema inmunitario, depresión e incluso subida de peso. También comprobé que algunas mujeres no consumían proteínas suficientes para mantener el equilibrio de azúcar en la sangre. Y para colmo, al parecer las elevadas cantidades de hidratos de carbono que consumíamos mis pacientes y yo nos hacían ansiar hidratos de carbono refinados. No lográbamos mantenernos alejadas del pan francés, los pasteles y otros postres.

Cuando comencé a investigar más este asunto, descubrí (con la ayuda de las obras de los doctores Richard y Rachael Heller, autores de *The Carbohydrate Addicts Diet*,* y los doctores Mary Dan y Michael Eades, autores de ***Protein Power)*** que una dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasa está relacionada con niveles de insulina en la sangre demasiado elevados y niveles de glucagón demasiado bajos. Este desequilibrio afecta a su vez a las interacciones, increíblemente complejas, entre compuestos semejantes a las hormonas llamados eicosanoides; entre los eicosanoides están las prostaglandinas; estos compuestos participan en casi todos los procesos celulares del cuerpo. Para hacer aún más complejo el asunto, las reacciones de los eicosanoides también están influidas por cualquier tipo de estrés.

Por lo tanto, la piedra angular del tratamiento de los dolores menstruales y otros muchos problemas de salud es un método dietético que equilibre los eicosanoides. (El tema de la dieta lo trato en el capítulo 17.) Para evitar que el cuerpo produzca un exceso de prostaglandina F2 alfa (serie eicosanoides 2) y produzca la serie de prostaglandinas E (serie eicosanoides 1, las que no causan dolores), la mujer debe consumir suficiente cantidad del tipo adecuado de ácidos grasos esenciales. También necesita niveles adecuados de vitamina C, vitamina B_6 (piridoxina) y magnesio. Metabólicamente, las mujeres que tienen mucho estrés y siguen una mala dieta son propensas a un exceso de producción de prostaglandinas F2 alfa y a sufrir los consiguientes dolores menstruales.

Tratamientos alimentarios

- Deja de comer productos lácteos, sobre todo queso, helados, requesón y yogur. Según mi experiencia clínica, muchas mujeres se alivian de síntomas como los dolores menstruales, las reglas abundantes, el dolor de las mamas y el producido por la endometriosis cuando dejan de consumir productos lácteos. Esto no vale para todas, pero suele ir lo suficientemente bien para hacer la prueba. Aunque no está claro por qué los productos lácteos parecen estar relacionados con los síntomas pelvianos, tengo unas cuantas teorías al respecto. Una explicación posible es que actualmente la mayor parte de la leche se obtiene de vacas tratadas con la hormona del crecimiento bovino, que les estimula las ubres. Estas vacas son más propensas a infecciones en las ubres y por lo tanto necesitan antibióticos. Los residuos de las hormonas y los antibióticos presentes en la leche podrían estimular el sistema hormonal femenino de un modo que todavía no logramos determinar. Sí sabemos que los antibióticos que se dan al ganado entran en la cadena alimentaria humana. Los antibióticos cambian el modo como se metabolizan las hormonas en el intestino y por lo tanto pueden cambiar los niveles de hormonas.

  Al parecer, los productos lácteos de leche producida biológicamente, sin la hormona de crecimiento bovino, antibióticos ni pesticidas en el alimento de las vacas, no tienen los mismos efectos adversos en el tejido uterino y mamario. Muchas mujeres han observado que, cuando empiezan a tomar productos lácteos biológicos u orgánicos, los síntomas desaparecen. Experimenta y descubre qué te va bien a ti. Pero has de estar dispuesta a dejar los alimentos lácteos por un tiempo para ver si notas algún beneficio. Asegúrate que obtienes el calcio de otras fuentes.
- Evita el consumo de hidratos de carbono refinados. Más que cualquier otro alimento, el exceso de hidratos de carbono, sobre todo los refinados, como los de los pasteles, bollos, patatas fritas, galletas, etcétera, pueden desencadenar el desequilibro de eicosanoides que produce los dolores.
- Limita el consumo de carne roja y yemas de huevo a no más de dos raciones por semana, o elimínalos. Si comes carne roja, que sólo sean cortes magros de animales criados biológicamente. La carne roja y las yemas de huevo son muy ricas en ácido araquidónico (AA), que podría tener por consecuencia más series eicosanoides 2, y dolores uterinos en personas susceptibles. No todas las personas son sensibles a este ácido, de modo que esta recomendación no vale para todas; para saber si eres sensible al ácido araquidónico, evita la carne roja y las yemas de huevo durante tres semanas, después come varias raciones en un día y ve si te vuelven los síntomas. La carne roja puede contener gran cantidad de grasas saturadas, que también aumentan la producción de la serie eico-

sanoides 2; por eso es necesario que consumas sólo carne magra.

- ***Toma ácidos grasos esenciales.*** Se ha demostrado que los ácidos grasos omega-3, en forma de aceite de pescado, que contiene ácido docosahexaenoico (DHA) y ácido eicosapentaenoico (EPA) van bien para los dolores menstruales, incluso en mujeres que no han cambiado otros aspectos de su dieta. Un estudio reciente recomendaba una dosis diaria de 1.000 mg de EPA y 720 mg de DHA, junto con 1,5 mg de vitamina E; puedes tomar cualquier cantidad que se aproxime a estas. Dado que el aceite de pescado degenera con la exposición al oxígeno, toma cápsulas con vitamina E añadida (para prevenir la oxidación). Una alternativa mucho más barata y con frecuencia más sana es comer sardinas enlatadas en su aceite o en aceite de oliva dos o tres veces a la semana. Otros pescados de aguas frías, como la caballa, el salmón y el pez espada son también buenas fuentes de aceite de pescado.25 También se pueden tomar semillas de lino (500 mg de dos a cuatro veces al día) si no se encuentra aceite de pescado o es inaceptable. También puedes comprar semillas de lino frescas, molerlas en un molinillo de café y añadirlas a sopas, ensaladas o cereales. Normalmente son suficientes una a dos cucharaditas al día de semillas frescas molidas.
- Toma un suplemento multivitamínico-mineral.
- Toma 100 mg de vitamina B6 diarios, combinada con las vitaminas del complejo B. Se ha demostrado que la vitamina B6 disminuye la intensidad y la duración de los dolores menstruales.26 Toma magnesio, hasta 100 mg cada dos horas durante la menstruación, y tres o cuatro veces al día durante el resto del ciclo. El magnesio relaja los tejidos de los músculos lisos. Toma la forma quelada.27 (Véase el capítulo 17.)
- Toma 50 mg de vitamina E tres veces al día durante todo el ciclo. Se ha demostrado que la vitamina E también mejora la dismenorrea.28 La vitamina E debe estar en forma de tocoferol d-alfa para que tenga algún efecto biológico.
- Elimina las fuentes de ácidos grasos trans siempre que sea posible. Estos aumentan la producción de la serie ecosanoides 2, relacionada con los dolores menstruales. Estos ácidos se encuentran en todos los alimentos que contienen aceites parcialmente hidrogenados, como la margarina. Lee las etiquetas de todos los alimentos preparados.

MEDICACIÓN. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides, como Advil, Nuprin, Anaprox y Ponstel, inhiben la síntesis de la prostaglandina F2 alfa cuando se toman justo al comienzo de la menstruación, «antes» de que comience el dolor, o lo más pronto posible cuando ya ha comenzado. Una vez que empieza a desprenderse el revestimiento endometrial y entra en el torrente sanguíneo la prostaglandina F2 alfa, es mucho más difícil interrumpir los consecuentes espasmos uterinos que causan el dolor.

Las píldoras anticonceptivas, que eliminan la ovulación y por lo tanto los cambios hormonales asociados con los espasmos dolorosos, van bien para muchas mujeres a las que no les interesa hacer cambios de estilo de vida o dietéticos. Algunas mujeres, sin embargo, tienen dolores aun tomando anticonceptivos orales. Las píldoras de más reciente fabricación pueden tomarlas sin riesgo la mayoría de las mujeres mayores de 35 años, siempre que no fumen.

MEDICINA ENERGÉTICA

- Reducción del estrés.
- Aplicación de compresas de aceite de ricino en la parte inferior del abdomen por lo menos tres veces a la semana durante varios meses para mejorar el funcionamiento del sistema inmunitario y disminuir los niveles de estrés y de adrenalina (véase p. 192). No se han de aplicar las compresas cuando se esté sangrando en abundancia.
- Se ha demostrado que la acupuntura elimina o disminuye enormemente los dolores menstruales, y yo recomiendo con regularidad este tratamiento a mis pacientes. El tratamiento normal de acupuntura es de 10 sesiones, pero muchas mujeres sienten alivio después de sólo tres sesiones.29

HIERBAS. En la medicina china, los dolores menstruales se suelen relacionar con lo que llaman «estancamiento del hígado». Podría ir bien la fórmula herbolaria china Bupleurum (Xiao Yao Wan, también llamado Hsiao Yao Wan).[30] Se puede comprar a cualquier practicante de medicina china, y a muchas de mis pacientes les ha ido muy bien con ella. Toma cuatro o cinco de esas pequeñísimas pastillas cuatro

veces al día, dos semanas antes de la menstruación, *y* continúa tomándolas durante el primer día. Podría llevarte de dos a tres meses experimentar resultados óptimos. (Para proveedores, véase «Recursos».)

- También se puede tomar la hierba caulofilo (*Caulophylum thalictroides)* como remedio preventivo. Esta hierba se encuentra en forma de comprimido o extracto en las tiendas de alimentos naturales. Sigue las indicaciones del envase.

A muchas mujeres les van muy bien otros tratamientos, como el masaje, el yoga o la homeopatía. Es mejor que los remedios homeopáticos los recete un médico competente que conozca este campo.

Historias de mujeres

JANE: CURACIÓN DE LOS DOLORES MENSTRUALES. Jane vino a verme por primera vez el invierno pasado, a los 26 años. Llevaba años de reglas muy dolorosas, que le comenzaron poco después de su primera menstruación a los 13 años. Los dolores le empezaban antes de que le viniera la regla y continuaban hasta después de acabada. Temía tener algo grave en los órganos reproductores, como endometriosis o algún quiste ovárico.

Hacía unos años había hecho la prueba de tomar píldoras anticonceptivas durante un mes más o menos, pero las dejó porque no le gustó cómo se sentía con ellas. También había probado con Anaprox, un antiinflamatorio no esteroide similar al Motrin que ahora se vende sin receta con el nombre de Aleve. Ese medicamento la había aliviado algo, pero de todos modos se sentía muy incapacitada durante las reglas. Además de los dolores, el flujo menstrual era muy abundante (necesitaba un tampón por hora el segundo día), sufría de irritabilidad premenstrual, acné, hinchazón, sensibilidad en los pechos *y* picor vaginal antes de la regla. Ninguna de sus dos hermanas sufría de dolores menstruales ni tenía ningún otro problema ginecológico. La base de su dieta eran los productos lácteos, como el requesón, los helados y el yogur, los cuales comía frecuentemente.

Jane era maestra de enseñanza primaria y no estaba muy contenta con su trabajo. Me contó que siempre había deseado trasladarse a Idaho, pero que se sentiría culpable si lo hacía porque sus padres no querían que se fuera a vivir tan lejos: encontraban que era muy egoísta de su parte actuar de acuerdo a sus intereses, y pensaban que era su deber quedarse cerca de ellos, continuar con su trabajo seguro en la enseñanza, casarse y tener hijos. Su deseo de la infancia de complacer a sus padres estaba en franco conflicto con su necesidad de crecimiento personal. Llegó a comprender que permanecer cerca de ellos y hacer caso omiso de sus propias necesidades sólo sería causa de enfermedad para ella. Yo le hice ver que estaba en un clásico dilema de codependencia y que necesitaba resolver eso para sanar totalmente. El estrés de satisfacer las expectativas de sus padres, sumado al de hacer un trabajo que ya no le resultaba gratificante, la estaba hundiendo.

El examen demostró que tenía la pelvis totalmente normal, sin ningún indicio de quiste, irritación ni ninguna otra cosa que sugiriera una enfermedad de los órganos reproductores. Le recomendé las siguientes medidas:

- Aplicarse compresas de aceite de ricino en el bajo abdomen dos veces a la semana.
- Dejar totalmente los productos lácteos y la carne roja.
- Tomar un suplemento multivitamínico tres veces al día.
- Comenzar los planes para trasladarse a Idaho.
- Leer algo sobre la codependencia.

Cuando pasados tres meses volvió a mi consulta, sus dolores se habían aliviado notablemente. Me dijo que estaba impresionada por las diferencias que había notado después de dejar los productos lácteos y la carne roja. La cantidad de sangre menstrual había disminuido considerablemente. Comprendió que la dieta había tenido un gran efecto en sus dolores y me dijo que las compresas de aceite de ricino eran «fabulosas». Mientras las tenía aplicadas aprovechaba el tiempo en sintonizar consigo misma y sus necesidades, y pensaba en vivir sus sueños en lugar de quedarse estancada en viejos comportamien-

tos que ya no le servían. Leyó algunos libros sobre la codependencia y llegó a ver que desde la infancia había sido entrenada para «complacer a los demás». Comprendió que tenía que aprender a gustarse a sí misma si quería encontrar gratificante su vida. Ya era demasiado mayor para seguir siendo la niña buena de la familia.

Pasados otros tres meses, sus reglas ya eran mucho más fáciles y había podido reducir considerablemente la dosis de Anaprox, al cambiar de dieta y disminuir su nivel de estrés. Lo más impresionante fue que hizo planes para trasladarse a Idaho, y no iba a comenzar el nuevo año escolar en un trabajo y un lugar que no le gustaban. Aunque la asustaba la perspectiva de trasladarse a un lugar desconocido, era también estimulante. Si no hubiera hecho planes para vivir su propia vida aparte de sus padres, creo que finalmente su salud habría estado en peligro debido a su «amabilidad». Al aprovechar la sabiduría de su cuerpo, Jane no sólo sanó de sus dolores menstruales, sino que también mejoró su vida.

El síndrome premenstrual

Ningún trastorno moderno apunta más directamente a la necesidad de replantearnos nuestras ideas respecto a la menstruación y de recuperar la sabiduría de nuestros ciclos como la dolencia tan común llamada «síndrome premenstrual». Habiendo tratado a cientos de mujeres aquejadas de este problema, sé que es necesario ese replanteamiento para llegar a sus causas. El cambio de dieta, el ejercicio, las vitaminas y la terapia con progesterona son todos útiles para tratar el síndrome premenstrual, y yo los recomiendo inicialmente a muchas mujeres. Pero en los casos persistentes, existe un desequilibrio más profundo que un cambio de estilo de vida por sí solo no va a sanar. Según han confirmado los estudios, los problemas emocionales no resueltos pueden alterar el ritmo menstrual y el medio hormonal normal.[31]

Al menos un 60 por ciento de mujeres padecen síndrome premenstrual. Es más probable que ocurra en mujeres que están entre los treinta y los cuarenta años, aunque también puede darse en la adolescencia y en los años premenopáusicos. El síndrome premenstrual se conoce desde muy antiguo, pero fue popularizado en los años ochenta por un artículo aparecido en la revista *Family Circle*, que expresaba elocuentemente el sufrimiento mensual de millones de mujeres. Los medios de comunicación continuaron con el tema, y en pocos meses el síndrome premenstrual se convirtió en un problema de conocimiento público en Estados Unidos y un nombre conocidísimo.[32] También se convirtió en un tema de moda entre las feministas, que alegaban que el diagnóstico se usaría en contra de las mujeres. A los médicos les preocupó que este se pudiera convertir en un diagnóstico «comodín» que podrían usar de excusa las mujeres o su familia cuando nadie pudiera descubrir lo que ocurría realmente. Mientras tanto, muchísimas mujeres tenían por fin un nombre para su sufrimiento mensual y buscaron ayuda para él.

Curiosamente, en los congresos de tocólogos y ginecólogos sólo comenzó a tocarse el tema del síndrome premenstrual «después» que apareciera el artículo en *Family Circle* y las mujeres empezaran a acudir al médico con su autodiagnóstico. En muchos casos, los médicos estábamos mal preparados para esto, porque no lo habíamos estudiado en la facultad. Fue tal la demanda de tratamiento para el síndrome premenstrual generada por las mujeres y los medios de comunicación, que a mediados de los años ochenta este era un tema que se trataba en muchos congresos importantes de especialistas en obstetricia y ginecología y comenzaron a aparecer estudios de investigación en las revistas. Así como el deseo de parto natural obligó a los médicos a reformar su patriarcal enfoque de la práctica tocológica, también el deseo de las mujeres de entender el síndrome premenstrual ha influido en la práctica de la medicina y la ha ayudado a avanzar hacia una actitud mejor informada con respecto al cuerpo femenino.

Diagnóstico

En el síndrome premenstrual pueden estar presentes una amplia variedad de síntomas. Para hacer el diagnóstico, no importa qué síntomas concretos tiene la mujer antes de la menstruación. Lo que importa es la forma cíclica en que se presentan. Las mujeres que anotan sus síntomas durante tres meses o más suelen ver un patrón que les permite predecir cuándo es probable que comiencen los síntomas en su ciclo. La mayoría de las mujeres van a tener al menos tres días durante el mes en que se sentirán totalmente libres de los síntomas enumerados aquí, a excepción de los casos graves. Durante la segunda mitad del ciclo menstrual se exacerban muchos trastornos subyacentes, como el glaucoma, la artritis y la

depresión. La exacerbación de los trastornos subyacentes no se define como síndrome premenstrual, aunque están relacionados. Hay más de cien síntomas conocidos del síndrome premenstrual.[33] Cada uno de ellos está probablemente relacionado a nivel celular con un desequilibrio de eicosanoides, consecuencia de una compleja interacción de factores emocionales, físicos y genéticos.

Si no se hace nada para interrumpir el síndrome premenstrual, suele empeorar con el tiempo. Al principio las mujeres hablan de síntomas que aparecen unos pocos días antes de la menstruación y acaban bruscamente cuando esta comienza. Después, poco a poco los síntomas se presentan una o dos semanas antes del comienzo de la regla. Algunas mujeres experimentan un grupo de síntomas durante la ovulación, seguidos por una semana sin síntomas y luego recurrencia de los síntomas una semana antes de la menstruación. Con el tiempo, la mujer puede tener sólo dos o tres días al mes sin síntomas. Finalmente no queda ningún patrón para discernir entre los días «buenos» y los días «malos»; la mujer se siente «premenstrual» casi todo el tiempo.

Síntomas del síndrome premenstrual

- acné
- agresividad
- ansias de comer dulces
- ansias de comer sal
- ansiedad o angustia
- asma
- atracones de comida
- cambios en los impulsos sexuales
- cansancio
- confusión
- convulsiones
- depresión
- desmayos
- dificultades de coordinación
- dificultades visuales
- dificultades urinarias
- dolor de cabeza
- dolor de espalda
- dolores abdominales
- edemas
- exacerbación de trastornos ya existentes (artritis, úlceras, lupus, etc.)
- hemorroides
- herpes
- hinchazón abdominal
- hinchazón y dolor de las articulaciones
- hinchazón y dolor de los pechos
- inestabilidad emocional
- insomnio
- intolerancia al alcohol
- introversión y alejamiento de los demás
- ira
- irritabilidad
- irritación de garganta
- letargo
- migraña
- moretones
- náuseas
- orzuelos
- palpitaciones cardiacas
- pensamientos suicidas
- problemas de senos nasales
- propensión a los accidentes
- urticaria

Algunas mujeres equiparan los dolores menstruales con el síndrome premenstrual, pero este es diferente de los dolores que se sienten durante la menstruación (dismenorrea). Esta diferencia no está siempre clara en los escritos sobre el síndrome premenstrual. Muchas mujeres que sufren de este problema tienen reglas totalmente indoloras, y muchas mujeres que sufren de intensos dolores menstruales no sienten ninguna molestia premenstrual. Los dolores menstruales están causados por contracciones del útero debidas al exceso de prostaglandinas alfa F2, que se producen cuando se rompe el revestimiento del útero durante la menstruación. En algunos estudios se ha comprobado que las hormonas prostaglandinas también intervienen en el síndrome premenstrual. Por ese motivo, los cambios en la dieta, los suplementos de vitaminas y minerales y la medicación antiprostaglandinas (generalmente los antiin-

flamatorios no esteroides tipo ibuprofeno, como el Advil) suelen ir bien tanto para los dolores menstruales como para el síndrome premenstrual.[34]

Aunque algunos médicos aún buscan «la lesión bioquímica» causante del síndrome premenstrual, y se han escrito cientos de artículos científicos sobre el tema, nadie ha logrado encontrar esa causa ni una «píldora mágica» para curarlo. Un enfoque reduccionista, que busca la «causa» y la «curación» químicas, sencillamente no resulta, porque las causas del síndrome premenstrual son multifactoriales y deben tratarse de forma holista. Para tratarlo es necesario tener en cuenta los efectos de la mente, las emociones, la dieta, la luz, el ejercicio, las relaciones, la herencia y los traumas de la infancia.

Todas las circunstancias siguientes producen cambios hormonales en el cuerpo. Es probable que estos cambios inicien o exacerben el síndrome premenstrual a menos que se comience un tratamiento.

Circunstancias asociadas con el comienzo del síndrome premenstrual

- Inicio de las reglas, o el año o dos años antes de la menopausia.
- Dejar de tomar píldoras anticonceptivas.
- Un periodo sin reglas (amenorrea).
- El nacimiento de un hijo o el término de un embarazo.
- Embarazos complicados por toxemia (eclampsia) gravídica.
- Ligadura de trompas, sobre todo como se hacía en los años setenta, destruyendo una gran parte de las trompas de Falopio por cauterización eléctrica unipolar, método de cauterización que ya no se usa para las trompas. Un trauma inusitado, como la muerte de un familiar.
- Disminución de la luz en otoño e invierno.

Diversos factores nutricionales favorecen el síndrome premenstrual.

Según los estudios, las mujeres que sufren de este síndrome tienden a tener las siguientes características alimentarias y fisiológicas:

Factores que favorecen el síndrome premenstrual

- Un elevado consumo de productos lácteos.[35]
- Un consumo excesivo de cafeína, en forma de bebidas gaseosas, café o chocolate.[36]
- Un consumo excesivo de azúcar refinado y poco consumo de alimentos completos como verduras frescas.
- Un nivel relativamente elevado de estrógeno en la sangre, provocado o bien por su excesiva producción debida a grasa alimentaria o corporal, o bien por una menor descomposición del estrógeno en el hígado. El nivel elevado de estrógeno se asocia con una insuficiencia de las vitaminas del complejo B, especialmente la B_6 y la B_{12}. El hígado necesita estas vitaminas para descomponer y desactivar el estrógeno.[37]
- Un nivel relativamente bajo de progesterona en la sangre; la progesterona es la hormona que equilibra el exceso de estrógeno. Se cree que este nivel bajo está causado o bien por una falta de producción, o bien por un exceso de descomposición de esta hormona en el cuerpo.[38] Los estudios en este campo no concuerdan.
- Una dieta que favorece tanto el aumento de la hormona prostaglandina F2 como un excesivo nivel de estrógeno y un insuficiente nivel de progesterona.[39] Se sabe que las vegetarianas que siguen una dieta pobre en grasas y rica en fibra excretan dos o tres veces más estrógeno en las heces que las no vegetarianas. También tienen niveles un 50 por ciento menores de estrógenos no conjugados (que es un tipo de estrógeno metabolizado) que las mujeres que comen la dieta estadounidense estándar, y en consecuencia hay menos incidencia de síndrome premenstrual entre ellas.[40] (He observado que las vegetarianas tienden a comer más frutas y verduras y menos ácidos grasos trans que las no vegetarianas. Son cada vez más las pruebas de que la carne no es la culpable, como creíamos, mientras se consuma en cantidades moderadas y se acompañe de abundantes verduras de hoja verde, cereales integrales, frutas y otros alimentos integrales, y

mientras la dieta no contenga una excesiva cantidad de alimentos refinados con mucho azúcar y ácidos grasos trans.)

- Exceso de peso, que aumenta las posibilidades de elevados niveles de estrógeno y síndrome premenstrual.[41] La grasa corporal fabrica estrona (uno de los estrógenos).
- Bajos niveles de vitaminas C y E y de selenio. Como ocurre con las vitaminas B, el hígado también necesita estas substancias para metabolizar correctamente el estrógeno.[42]
- Insuficiencia de magnesio.[43] El deseo de comer chocolate se ha asociado a niveles bajos de magnesio. El hígado necesita magnesio, junto con las vitaminas B, para metabolizar óptimamente el estrógeno.

Luz sobre el vínculo entre trastorno afectivo estacional y síndrome premenstrual

Muchas mujeres que sufren del síndrome premenstrual han observado que sus síntomas empeoran en otoño, cuando los días se acortan. Muchos de los síntomas del síndrome premenstrual son exactamente los mismos que acompañan a la forma de depresión llamada trastorno afectivo estacional (SAD). La luz actúa como nutriente en el cuerpo; cuando toca la retina, influye directamente en todo el sistema neuroendocrino a través del hipotálamo y la glándula pineal. En un estudio realizado con pacientes de síndrome premenstrual, estas respondieron de forma muy positiva al tratamiento con luz brillante. Con dos horas de exposición a la luz brillante al anochecer, se solucionaron los problemas de subida de peso, depresión, ansias de comer hidratos de carbono, aislamiento social, cansancio e irritabilidad.[44] Esto no es sorprendente, ya que la luz natural y el consumo de hidratos de carbono elevan los niveles de serotonina, que alivia la depresión. Vivir bajo luz artificial gran parte del tiempo sin exposición regular a la luz natural no sólo puede afectar profundamente a la regularidad del ciclo menstrual sino que también puede provocar el síndrome premenstrual.[45]

El vínculo entre el síndrome premenstrual y el trastorno afectivo estacional es un profundo ejemplo de cómo la sabiduría femenina está codificada simultáneamente en el ciclo de las estaciones y en nuestros ciclos mensuales. La figura 4 (p. 148) ilustra el vínculo entre las fases de la Luna y las fases del ciclo menstrual. En la figura 6 he añadido las estaciones a este diagrama, para poder ver claramente que el periodo del ciclo mensual en que es más común el síndrome premenstrual corre paralelo al periodo calendario en que se produce el trastorno afectivo estacional. La tendencia natural a volvernos hacia dentro durante el periodo premenstrual se refleja en la tendencia natural a volvernos hacia dentro durante el otoño del año. Toda la naturaleza nos refleja esta sabiduría. En otoño e invierno, los árboles envían su energía a sus raíces, bajo tierra, donde hay una profunda actividad y revitalización aunque no lo veamos. Durante la fase lútea del ciclo menstrual, que sigue a la ovulación, nuestras energías bajan a lo profundo de nuestras raíces para que podamos hacer balance y prepararnos para el siguiente ciclo de crecimiento exterior en el mundo. Dado que nuestra cultura no entiende esta sabiduría cíclica, se nos ha enseñado a temer los periodos de nuestros ciclos y las estaciones del año en que la sabiduría exige que entremos en la oscuridad, nos retiremos y hagamos balance de nuestra vida.

Se nos ha enseñado a desconfiar de estas energías naturales, y muchas mujeres las consideran debilidades que hay que dominar e ignorar. ¡No permita el cielo que hagamos caso omiso de nuestra sabiduría corporal y nos tomemos un descanso que nos impida hacer todo el trabajo!



FIGURA 6. TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL (TAE) Y SÍNDROME PREMENSTRUAL (SP)

El síndrome premenstrual es al ciclo mensual lo que el trastorno afectivo estacional es al ciclo anual. Estos dos trastornos responden al mismo tratamiento a la vez que nos pide profundizar nuestra conexión con nuestra sabiduría cíclica.

La segunda mitad del ciclo menstrual y el otoño son periodos en que la marea está baja y todo lo que no queremos ver en el lodoso fondo de la bahía está al descubierto a la vista de todos. Las mujeres hemos de aprender a prestar atención a la información que se nos ofrece en esos periodos del mes y del año. Imagínate que esta información es un rico abono vegetal que vas a usar para crear nuevo crecimiento en tu vida una vez que vuelva la luz.

Tratamiento

Muchas mujeres reciben tratamientos sintomáticos para el síndrome premenstrual que a la larga no dan resultados. Tratar la hinchazón con diuréticos, los dolores de cabeza con analgésicos y la ansiedad con Valium con frecuencia sólo sirve para crear nuevos efectos secundarios, producidos por esos fármacos, y deja sin tratar los desequilibrios subyacentes que son las verdaderas causas del síndrome. Muchas veces se recomienda psicoterapia a las mujeres afectadas por el síndrome premenstrual, y si bien esta podría servir para comprender con más profundidad el estrés, deja de lado los aspectos nutricionales y bioquímicos de este trastorno. Actualmente a muchas pacientes del síndrome premenstrual se les recetan fármacos que aumentan los niveles de serotonina, por ejemplo Prozac. Los estudios han demostrado que estos fármacos pueden ser muy útiles para aliviar los síntomas en los casos graves. Es mejor tomar estos medicamentos en dosis bajas y sólo durante la fase lútea del ciclo.[46] Pero si no se toman con la conciencia de que el síndrome premenstrual forma parte de un desequilibrio mucho mayor, no ayudan a la mujer a aprender del síndrome ni a crear salud mediante él.

Programa para aliviar el síndrome premenstrual

- *Una dieta que favorezca un equilibrio de eicosanoides.* Véanse las sugerencias dietéticas para la dismenorrea (pág. 163) y también el capítulo 17.
- *Un suplemento multivitamínico-mineral.* Deberá contener de 400 a 800 mg de magnesio (la insuficien-

cia de magnesio es común en los casos de síndrome premenstrual) y 50-100 de la mayoría de las vitaminas B. Todas las mujeres deberían tomar este suplemento diariamente todo el mes, y no sólo durante el periodo premenstrual.[47]

- *Eliminación del azúcar,* los productos farináceos refinados, y los ácidos grasos trans. [48]
- *Eliminación de la cafeína.* A lo largo de los años he comprobado que el solo hecho de dejar la cafeína, aunque su consumo sea tan mínimo como una taza de café o una lata de cola al día, puede tener en algunas mujeres un efecto espectacular para el síndrome premenstrual.
- *Consumo suficiente de ácidos grasos esenciales*. Los ácidos grasos esenciales se encuentran en los frutos secos y semillas crudos, en pescados de agua fría como el salmón y las sardinas, y en muchas plantas. El aceite de sésamo es excelente fuente, como también los de girasol, cártamo y nuez. También se pueden tomar suplementos, que se encuentran en las farmacias y tiendas de alimentos naturales. Por lo general, 500 mg de aceite de pescado tres o cuatro veces al día es una dosis adecuada. También puede ir bien el aceite de semilla de lino: 500 mg cuatro veces al día. (Véanse sugerencias dietéticas para la dismenorrea, en pág. 163) El metabolismo óptimo de los ácidos grasos esenciales requiere niveles adecuados de magnesio, vitamina C, zinc, vitaminas B3 y B6. (Véase cap. 17.)
- *Reducción del estrés y medicina energética.* Las mujeres que practican la meditación u otros métodos de relajación profunda son capaces de aliviar muchos de sus síntomas premenstruales. La relajación de todo tipo disminuye los niveles de cortisol y adrenalina en la sangre y contribuye a equilibrar la bioquímica corporal, los niveles de eicosanoides, por ejemplo. Hay numerosos tipos de meditación que dan resultado. Cada mujer debería elegir el que más le atraiga e incorporar esta disciplina a su rutina diaria.

Por ejemplo, la reacción de relajación recomendada por el doctor Herbert Benson se practica de quince a veinte minutos dos veces al día. Esta meditación supone: 1) sentarse en silencio en una postura cómoda con los ojos cerrados; 2) relajar profundamente todos los músculos, comenzando por los de la cara y continuando hasta los pies; 3) respirar por la nariz y tomar conciencia de la respiración, y 4) decir la palabra «uno» en silencio al espirar. En un estudio se comprobó un importante alivio del síndrome premenstrual a los tres meses de práctica regular.[49]

- *Reflexología.* También se ha demostrado que el tratamiento de dígito-presión en puntos concretos de las orejas, manos y pies alivia los síntomas del síndrome premenstrual. La duración normal del tratamiento, con un reflexólogo formado, es de media hora por sesión una vez a la semana durante ocho semanas. En el libro *Woman Heal Thyself,* de Jeanne Blum se encuentra un programa entero de terapia de puntos de presión para aliviar el síndrome premenstrual, la dismenorrea y la endometriosis.[50]
- *Un mínimo de 20 minutos de ejercicio de tipo aeróbico tres veces a la semana,*[51] Lo único que se necesita es una caminata enérgica. Este ejercicio acondicionador disminuye muchos síntomas premenstruales; también aumenta el nivel de endorfinas (substancias parecidas a la morfina que ayudan al cuerpo a hacer frente a la depresión y al dolor físico). Se estima que la mitad de todas las depresiones se pueden tratar mediante el ejercicio solo (véase cap. 18).
- *Luz de espectro completo.* Exponte a una luz de espectro completo durante dos horas cada noche o cada mañana (2.500-10.000 lux; lux es la unidad de intensidad de la luz), ya sea de luz natural o una fuente artificial.[52] Un día nublado en el norte de Europa da una luz de 10.000 lux. Un día soleado cerca del ecuador da 80.000 lux. (Para proveedores de luz de espectro completo, véase «Recursos».)
- *Terapia de progesterona natural cuando sea indicado.* La progesterona natural, combinada con cambios en el estilo de vida, suele producir enorme mejoría de los síntomas del síndrome premenstrual.[53] En su calidad de neurotransmisores, el estrógeno y la progesterona afectan claramente al estado de ánimo. Si no lo contrarresta la progesterona, el estrógeno tiende a irritar el sistema nervioso. La progesterona, por su parte, está asociada a la serenidad y es un relajante del sistema nervioso central. Es posible que a este efecto relajador del sistema nervioso central se deban principalmente los efectos beneficiosos de la progesterona en el síndrome premenstrual.[54]

Recomiendo progesterona natural a las mujeres que sufren de un síndrome premenstrual de moderado a fuerte que no responde a simples cambios de estilo de vida y que antes de la menstruación suelen describir un cambio de personalidad estilo Jekyll y Hyde. La progesterona natural también va bien a las mujeres cuyo principal síntoma premenstrual es el dolor de cabeza tipo migraña. Estos dolores de cabeza suelen comenzar con el gradual cambio en los niveles de estrógeno y progesterona que tienden a producirse durante los años anteriores a la menopausia.

La progesterona natural no es lo mismo que las progesteronas sintéticas (progestinas) como el acetato de medroxiprogesterona (Provera; en el Apéndice encontrarás la lista de otras progestinas sintéticas). La progesterona natural no tiene ningún efecto secundario importante si se toma en las dosis habituales. A veces podría causar goteos premenstruales o retrasar la regla. Normalmente esto se resuelve solo en uno o dos meses. Las dosis muy elevadas, mucho mayores que las que yo recomiendo, se han asociado a la euforia y ocasional mareo en casos excepcionales. La progesterona natural oral se puede comprar con receta del médico. También se encuentra en forma de cremas para la piel. Hay que tener presente que, aunque la progesterona natural se sintetiza de ñames mexicanos silvestres, las cremas que sólo contienen extracto de ñame, aunque útiles para algunas mujeres, no son lo mismo que las que contienen cantidades adecuadas de progesterona natural. No todas las farmacias tienen progesterona natural ni todos los médicos saben dónde obtenerla.

Para aplicarla a la piel, usar una de varias cremas de progesterona natural que se venden sin receta, o pedirle al médico que recete una para una farmacia especializada en prescripciones individualizadas. Durante muchos años he recomendado crema de progesterona al 2 por ciento. (En «Recursos» encontrarás una lista de nombres de marcas.) Estas cremas al 2 por ciento contienen como mínimo 400 mg de progesterona natural por cada 30 g. Se ha comprobado que de un cuarto a media cucharadita de crema aplicada a la piel una o dos veces al día provee de niveles de progesterona que concuerdan con los que se encuentran en la fase lútea normal.[55]

Las instrucciones generales son aplicar un cuarto de cucharadita (aproximadamente 20 mg) sobre las partes suaves de la piel (pechos, abdomen, cuello, cara, parte interior de los brazos y manos) por la mañana y nuevamente por la noche. Alterna los lugares en cada aplicación; hazte aplicaciones desde el día 14 al 28 de tu ciclo menstrual durante al menos tres meses; pero el día y la dosis van a variar de mujer a mujer. Es importante que la progesterona penetre en el organismo para experimentar normal-

mente el cambio de ánimo. Es necesario aplicar la crema uno o dos días antes de la ovulación o uno o dos días antes de que comiencen los síntomas. Para algunas mujeres, esto será el día 21 del ciclo; para otras será el día 12 o 13. Continúa aplicándola el primer día de la regla (día 1 del ciclo). Esto suele prevenir los síntomas o aliviarlos enormemente. Normalmente no da resultados esperar a tener síntomas para comenzar el tratamiento. Aumenta o disminuye la dosis según sea la intensidad de los síntomas; la mayoría de las mujeres tienen que experimentar hasta encontrar la dosis que les da resultado. Podrías usar tranquilamente progesterona natural durante más de dos semanas de tu ciclo siempre que interrumpas su uso en cada ciclo durante al menos 12 horas.

Las progestinas sintéticas, en cuanto opuestas a la progesterona natural, tienen muchos efectos secundarios conocidos, como hinchazón, dolor de cabeza y aumento de peso. Lamentablemente, a muchas mujeres se les dice que la progestina sintética es lo mismo que la progesterona natural. Pero en realidad las progestinas sintéticas pueden empeorar los síntomas del síndrome premenstrual porque al tomar progestina sintética bajan los niveles de progesterona natural.

Va bien la progesterona a las mujeres que suelen experimentar un rápido cambio de estado de ánimo, que se inicia después de la ovulación y acaba justo cuando comienza la regla. Se sienten estupendamente, y a las pocas horas les parece que ha descendido sobre ella una «nube negra».[56] Cuando les comienza la regla se sienten como si se «hubiera hecho la luz». Estas mujeres describen un cambio bioquímico en el cuerpomente que es muy real y no sólo está «en sus cabezas».

El posible desequilibrio relativo entre el estrógeno, la progesterona y otras hormonas asociado con el síndrome premestrual parece ser un fenómeno dinámico, cambiante, que no se puede documentar con los actuales análisis de laboratorio. Con las reglas irregulares y el estrés emocional también va asociado un sutil desequilibrio hormonal. El estrés emocional aumenta el nivel de la hormona ACTH [corticotropina] en la sangre, hormona que suele provocar ciclos anovulatorios (ciclos en los que no se libera óvulo) caracterizados por niveles no adecuados de progesterona.[57]

Con el tiempo, el uso de progesterona natural contribuye a reequilibrar la proporción estrógeno/progesterona. El uso de progesterona natural produce una gradual mejoría de los síntomas en cada ciclo. Muchas mujeres logran disminuir las dosis una vez que sus síntomas se han aliviado completamente (aunque la progesterona tiene muchos efectos beneficiosos y algunas podrían desear continuar usándola después que han desaparecido sus síntomas). Sin embargo, es mejor comenzar con las dosis habituales elevadas y continuar con ellas durante varios meses.

En último término, cuando la mujer está dispuesta a ver los problemas emocionales ocultos tras el síndrome premenstrual, finalmente pueden cambiar su situación hormonal interna sin hormonas externas. El proceso de sanar nuestros estreses emocionales y psíquicos produce cambios bioquímicos en el cuerpo.

Historias de mujeres

GWENDOLYN: TRANSFORMACIÓN DEL FUROR PREMENSTRUAL. Gwendolyn tenía 36 años cuando vino a verme por primera vez. Era alta, delgada, elocuente y tenía un gran sentido del humor, pero lo pasaba tan mal con su síndrome premenstrual que rutinariamente le daban ataques de rabia y se tornaba maniática. En una de esas fases maniáticas de mucha energía se quedó toda la noche pintando la cocina y después, sin haberse tomado ningún descanso, continuó con toda su jornada de trabajo. A eso siguieron varios días de depresión y cansancio tan enormes que no pudo levantarse. Hubo un momento en que su familia se preocupó tanto por su comportamiento que consideraron necesario quitar a sus hijos de su cuidado y me llamaron para pedirme consejo. El síndrome premenstrual y los fuertes cambios de humor le habían comenzado en la adolescencia y solían ir acompañados de comportamientos autodestructivos que la ponían en situaciones peligrosas. Durante una de esas ocasiones fue violada por una pandilla. En otra ocasión quedó embarazada y después se hizo un aborto. Dada la gravedad de sus síntomas, al principio le receté una elevada dosis de progesterona. Finalmente, Gwendolyn mejoró de su síndrome premenstrual cuando trató los desequilibrios de su vida.

Cuando ya estaba recuperada me comentó: «En esos episodios premenstruales salían fuera toda la rabia, amargura y desengaños, muchas veces con tal intensidad que me resultaba cada vez más difícil continuar con mi matrimonio y el cuidado de mi hija autista y mis dos hijos pequeños».

La primera vez que vino a visitarme ya se había divorciado y hacía meditación con regularidad, comía alimentos integrales, en una dieta tipo macrobiótico, lo cual la ayudaba hasta cierto punto. Hacía ejercicios y tomaba los adecuados suplementos. Estas prácticas dietéticas y de estilo de vida suelen ser suficientes para curar el síndrome premenstrual en sus fases moderadas. Sin embargo, a pesar de estas modificaciones, continuaba pasando un «infierno» emocional cada mes. Tenía tantos asuntos emocionales inconclusos en su vida que su sabiduría premenstrual la estaba obligando a mirar con más profundidad los desequilibrios de su vida.

Cuando comenzó el tratamiento con progesterona, muchos aspectos de su vida estaban totalmente descontrolados. Llegó a ver que esa «quiebra» emocional que experimentaba cada mes antes de la menstruación quería obligarla a quitarse todas las capas de negación de su vida. Al mirar hacia atrás, llegó a comprender que ese proceso era esencial para su curación. Un importante factor de su curación fue entrar en un programa de doce pasos llamado Adictos al Sexo y al Amor Anónimos (SLA). Se dio cuenta de que tenía un historial de pasar de una relación abusiva a otra sin encontrar jamás al hombre «ideal», pero siempre obsesionada por el hombre con quien estaba. Cuando su amigo pintor le comunicó su necesidad de acabar la relación, Gwendolyn estaba justamente en su fase premenstrual y le dio un ataque de ira tal que lo golpeó físicamente con un furor que la sorprendió y asustó. Entonces comprendió que tenía un problema relacional importante y fue a terapia para explorar y sanar su agresividad. Comprendió que la adicción al sexo y al amor suele ser consecuencia de abuso sexual en la infancia, y comenzó a conectar una experiencia de abuso y violación del pasado con su comportamiento autodestructivo del presente. Comenzó a darse cuenta de que ese furor premenstrual era el de una niña no sanada que necesitaba tratar ese problema ahora que era adulta. Mientras tanto continuó haciendo meditación y ejercicio, comiendo bien, yendo a terapia y asistiendo a las reuniones de los doce pasos.

Sustentando su cuerpo físico con progesterona natural, buena alimentación y el profundo descanso regular de la meditación, desarrolló la fuerza interior necesaria para «enfrentar todo lo que tenía que salir fuera y limpiar mi cuerpo». Durante sus visitas a mi consulta, yo le recordaba una y otra vez que por muy mal que se sintiera, permaneciera con sus sentimientos, que sentir la rabia y el furor está bien y que es una parte natural del proceso de curación. Tenía necesidad de sentir su rabia e incluso aporrear una almohada si era preciso. Pero que en lugar de atacar a una persona con su furia, tenía que respetar esa rabia y considerarla un mensaje que le decía algo que necesitaba saber. En ese proceso de curación descubrió que bajo el furor y la rabia premenstruales estaban esperándola la sabiduría y la verdad. Al sentir su rabia y permanecer con ella, descubrió las lágrimas y una profunda sensación de abandono, consecuencias de maltratos. «Los sentimientos de abandono eran abrumadores a veces —me dijo—, pero si me permito sentir la tristeza, al final salgo de ella más fuerte».

Después de nueve meses de terapia con progesterona, pudo reducir las dosis. «Solamente tomo progesterona dos días al mes, y sólo debido a irritabilidad moderada —dice—. De vez en cuando me doy con una pared emocional, pero la diferencia es que ahora me las arreglo mucho mejor sabiendo de dónde viene todo. Creo que cuando una mujer tiene el síndrome premenstrual, es necesario tratarlo todo, lo físico, lo emocional y lo espiritual, para que su ser humano pueda volver a sentirse completo».

Han transcurrido dos años desde que Gwendolyn comenzó a escuchar y a comprender su sabiduría premenstrual, aprendiendo a confiar en su rabia y a transformarla. Hace poco, cuando hablé con ella, se sentía mejor que nunca. Dice que si tuviera que describir su vida en una sola palabra, esta sería «capacitación». Está ocupándose de viejos asuntos, haciendo las paces con aquellos a quienes ha herido y diciendo la verdad a aquellos que la han herido. La emociona comprobar que «los talentos con que nací están floreciendo: mi voz, la música, el arte. Creo que todos tenemos estos talentos. Pero se nos hace sentir que no tenemos nada valioso». Escribe: «Cuando llego a enfadarme, me busco un espacio tranquilo, entro en mi interior y me pregunto "¿De qué tienes miedo y de qué dolor intentas escapar?" Casi siempre obtengo una respuesta con la que puedo trabajar».

El síndrome premenstrual y la codependencia

Hay una fuerte correlación entre el síndrome premenstrual y el haberse criado en un sistema familiar de alcoholismo, en el cual los padres o los abuelos eran alcohólicos. Es enorme la relación entre síndrome premenstrual y «entregar la vida» para satisfacer las necesidades de otras personas, la adicción relacio-

nal. En muchas familias en las cuales los hombres tienen tendencia al alcoholismo, las mujeres tienden a sufrir de síndrome premenstrual. Los hijos de alcohólicos tienen un 40 por ciento de posibilidades de convertirse en alcohólicos, no sólo porque tienen una predisposición genética hacia el alcoholismo sino también porque han aprendido que beber alcohol es la manera de apagar las emociones. Este comportamiento suele transmitírseles junto con los genes que los predisponen a beber. Las mujeres de familias alcohólicas o cuyas parejas son alcohólicas, enferman de síndrome premenstrual a consecuencia de reprimir o desconectarse de sus sentimientos. He trabajado con innumerables mujeres que han decidido romper la cadena de síndrome premenstrual experimentado por generaciones de mujeres de sus familias. (La hipoglucemia, o bajo nivel de azúcar en la sangre, y la consecuente tendencia a desear tomar azúcar, son también muy comunes en las mujeres de familias alcohólicas que tienen el síndrome premenstrual. Este trastorno suele ser mucho peor durante el periodo premenstrual y se puede tratar con las recomendaciones dietéticas que ya he explicado.)

Leslie, ama de casa de 49 años y ex maestra, que sufre de síndrome premenstrual, vino a verme aquejada de fuertes cambios de humor premenstruales, ansias de comer azúcar y cansancio. Al preguntarle sobre su historia observé que su marido era alcohólico y que ella destestaba su trabajo de maestra. Había vivido con su madre y hermana alcohólicas y jamás le había prestado atención a ninguno de esos problemas familiares. Durante la primera visita le aconsejé sustentar su cuerpo durante el ciclo menstrual con buena nutrición y ejercicios, y le insistí en que no «curaría» sus molestias premenstruales mientras no estuviera dispuesta a atender a los mensajes que estos le enviaban acerca de su situación familiar. Me di cuenta de que no estaba preparada para oír esas cosas, y no volvió a una segunda visita.

Sin embargo, pasados siete años, volvió a verme. Me dijo: «Cuando vine a verla en 1985, usted me dijo que necesitaba controlar mi codependencia y que el síndrome premenstrual y mi falta de energía estaban relacionados con eso. Yo me fui pensando: "La doctora Northrup es muy simpática pero no sabe de qué habla, y en realidad creo que está loca. ¿Cómo pueden estar conectadas la codependencia con el síndrome premenstrual?". Pero ahora entiendo la conexión entre lo que ocurre en mi vida y el síndrome premenstrual. Finalmente me he dado cuenta de que mi marido lleva años maltratándome verbalmente. Estoy en medio del proceso de divorcio y ahora comprendo que había dejado de ser yo misma completamente».

Me contó que había entrado en un grupo de Doce Pasos y que estaba rearmando los trozos de su vida y aprendiendo los efectos de vivir tantos años con malos tratos verbales y alcoholismo. Los sentimientos de Leslie ya no están ahogados. Se está convirtiendo en ella misma y decidiendo qué va a aceptar y qué no va a aceptar del comportamiento de su familia. La mayoría de los meses ya no tiene el síndrome premenstrual, pero cuando lo tiene le presta atención, desacelera y hace las modificaciones necesarias en su vida, para satisfacer sus necesidades.

Reglas irregulares

Después de casi veinte años de ejercicio de la medicina, continúa sorprendiéndome con qué claridad están conectados los ciclos menstruales y la pérdida de sangre con el contexto de nuestra vida. La hemorragia uterina anormal está casi siempre relacionada de algún modo con problemas familiares. Como dice Caroline Myss, la sangre es familia, siempre. Una mujer me contó que ella y sus dos hermanas, que viven en diferentes partes del país, tuvieron una falta de regla el mismo mes en que su cuarta hermana tuvo un aborto espontáneo, aunque eso sólo lo supieron la siguiente vez que se vieron. Una de mis pacientes, de 55 años, que tuvo su última regla a los 52 años y cuya menopausia fue la clásica, con sofocos y «cambio de vida» confirmado por análisis de laboratorio, tuvo sin embargo una regla completamente normal después que murió su madre. Cuando una mujer menopáusica tiene una regla posmenopáusica, siempre le pregunto si pasa algo entre ella y su familia. Generalmente me dice que un acontecimiento emocionalmente importante precedió a la hemorragia.

La sangre menstrual, sobre todo cuando se presenta fuera de programa, es un mensaje. Trae sabiduría de algún tipo. Caroline Myss observa que la mayoría de los problemas hemorrágicos tienen su origen en un desequilibrio del organismo: demasiada emoción y falta de la suficiente energía mental e intelectual para equilibrarla. Hace notar que las anormalidades menstruales se exacerban cuando la mujer interioriza señales contradictorias de su familia o la sociedad respecto a su placer y necesidades se-

xuales. Es posible, por ejemplo, que la mujer desee placer sexual pero se sienta culpable por sentirlo o sea incapaz de pedir francamente lo que desea. Es posible que no tenga conciencia de su conflicto interior.

La mayoría de los médicos en ejercicio han visto el profundo efecto que puede tener la psique en el ciclo menstrual. En 1949, S. Zuckerman reconoció que las perturbaciones emocionales pueden desorganizar el ritmo menstrual, acelerar la hemorragia uterina e influir también en el momento de la ovulación. Es posible que esta conexión entre las emociones y las actividades uterina y ovárica esté mediada por la difusa red de nervios que conectan el cerebro con los ovarios (llamados vías pregangliónicas autónomas).[58]

¿Qué son reglas regulares?

Antes de examinar el tema de la irregularidad del periodo menstrual, es necesario explicar qué es lo normal. A veces se nos enseña que las reglas son irregulares si no se producen cada 28 días. Yo considero regulares las reglas cuando se producen aproximadamente cada 24 a 35 días. Tener la regla cada 28 días como un reloj es algo que le ocurre a algunas mujeres, pero no a todas. Miles de mujeres que no calzan con el modelo «cada 28 días» tienen la impresión de que sus reglas son irregulares, cuando en realidad son totalmente normales.

La regularidad menstrual está determinada por una compleja interacción entre el cerebro (hipotálamo, glándula pituitaria y lóbulos temporales), los ovarios y el útero. La pauta de periodicidad menstrual puede cambiar con los cambios de estación, condiciones de luz, la alimentación, los viajes, o durante los periodos de estrés familiar. Los ciclos menstruales irregulares y anovulatorios se asocian con la pérdida prematura de masa ósea. Muchas veces las mujeres saben que han ovulado porque expulsan un flujo acuoso pasados entre 12 y 16 días del primer día de la última regla. Este flujo que a veces se llama «flujo fértil» tiene una consistencia de clara de huevo. (Esto se verá con más detalle en el capítulo 11.) Los ciclos en que la mujer ha ovulado también se caracterizan por lo que se llama «molimina» premenstrual. Molimina es un conjunto de «síntomas» producidos por los cambios hormonales cíclicos normales del cuerpo. Entre ellos están una ligera redistribución del líquido corporal que se experimenta como «hinchazón» o una moderada sensibilidad de los pechos, suaves dolores o molestias en el bajo abdomen y cambios de humor relacionados con un estado más reflexivo y menos activo. Generalmente las mujeres que no ovulan no experimentan estos cambios y suelen tener alguna regla «inesperada», sin tener idea «a qué se debe». Cuando no ha habido ovulación las reglas tienden a ser más irregulares.

Engrosamiento excesivo del revestimiento uterino (hiperplasia endometrial, hiperplasia quística y adenomatosa)

En algunas mujeres que tienen reglas irregulares, la biopsia endometrial (del interior del útero) revela un trastorno en el cual el revestimiento normal del útero ha sido reemplazado por un tejido glandular excesivamente desarrollado. Al microscopio, las glándulas endometriales se ven amontonadas y demasiado apretadas entre ellas. Este desarrollo excesivo es consecuencia de la sobreestimulación del revestimiento uterino por estrógeno no equilibrado por progesterona. El trastorno se llama hiperplasia quística y adenomatosa (que quiere decir demasiadas glándulas) del endometrio.[59] (No hay que confundirla con la endometriosis, de la que hablaremos en detalle en el capítulo 6.) La hiperplasia se produce cuando los ovarios no han ovulado regularmente: en lugar de un engrosamiento uniforme del revestimiento uterino (endometrio) y después su expulsión, por las hormonas asociadas con la ovulación regular, el endometrio se desincroniza. Algunas partes del revestimiento «creen» que es el día 7, mientras que otras «creen» que es el día 28. Esto tiene por consecuencia una hemorragia irregular e intermitente.

La hiperplasia quística y adenomatosa o hiperplasia endometrial simple, no se considera peligrosa a no ser que se encuentren células anormales en la biopsia del revestimiento uterino. Es bastante normal encontrar algo de hiperplasia endometrial simple en una biopsia, y no es motivo de alarma si esto ocurre sólo una o dos veces. Muchas mujeres de más de 40 o 50 años no ovulan de vez en cuando ya que sus ovarios están pasando por los cambios que conducen a la menopausia. Cuando se le hacen irregula-

res las reglas no precisa necesariamente una biopsia uterina, aunque esta es una decisión que se debe tomar caso por caso según sea el historial de la mujer y lo que se encuentre en el examen.

Tratamiento

He de advertir que para este y otros trastornos me voy a referir a los tratamientos que se recetan más corrientemente en Estados Unidos. Estos tratamientos no van dirigidos a los problemas subyacentes a los síntomas. Esos problemas subyacentes y lo que puede aprender la mujer de ellos los trato en las historias de casos individuales al final de este capítulo.

En muchos casos la hiperplasia endometrial simple desaparece sola. Sin embargo, en un porcentaje muy pequeño de mujeres con este trastorno se encuentran células atípicas en la biopsia. La hiperplasia endometrial ha de ser controlada y seguida para estar segura de que se marcha y no progresa. Estadísticamente sí hay una mayor incidencia de cáncer de útero entre las mujeres que no ovulan durante muchos años. Los ginecólogos están formados para tratar a todas las mujeres como si estuvieran en riesgo de enfermar de cáncer. Por lo tanto, el tratamiento convencional inicial de la hiperplasia endometrial consiste en dar una progestina sintética como Provera o Aygestin durante uno a tres meses y después repetir la biopsia endometrial para ver si ha desaparecido el trastorno. Yo suelo recetar progesterona natural para este fin, sobre todo a aquellas mujeres a quienes la progestina sintética provoca efectos secundarios adversos. (En las páginas 179-180 se explica la diferencia entre progesterona sintética *y* natural.) Entre los médicos hay bastante variación respecto a la dosis que recetan y la duración del tratamiento. A veces se llama «legrado médico» al tratamiento con fármacos progestínicos, porque estos causan un desprendimiento del revestimiento uterino de modo uniforme y todo de una vez, y esto libera al útero de la acumulación de tejido. La progesterona natural, por su parte, tiene la capacidad de regular los receptores de estrógeno, lo cual significa que reduce la sensibilidad de las células al estrógeno; esto suele hacer desaparecer la hiperplasia endometrial benigna.

Algunas mujeres afectadas por constante hiperplasia endometrial no responden al tratamiento con progestinas ni con progesterona y es posible que sea necesario practicarle un legrado quirúrgico, en el quirófano. En casos muy raros, es posible que se haga necesaria una histerectomía si el trastorno no desaparece o si progresa hasta producir células anormales.

Hemorragia uterina disfuncional

Se llama hemorragia uterina disfuncional a las faltas de reglas más que ocasionales o a la frecuente pérdida de sangre entre reglas. (Véase también la sección «Ovarios poliquísticos» y ovulación en el capítulo 7.) Las mujeres que han dado a luz con cesárea podrían tener hemorragias ocasionales debido a las alteraciones del revestimiento uterino causadas por la cicatriz en el útero. Muchas anormalidades menstruales suelen tener origen «hipotalámico», lo que significa que están relacionadas con esa compleja interacción entre el cerebro, los ovarios y el útero. La ansiedad y la depresión intensas cambian la cantidad de neurotransmisores del cerebro y pueden afectar a la actividad hipotalámica. La hemorragia uterina disfuncional suele ir acompañada por ciclos anovulatorios y demasiado estrógeno en relación con la progesterona. Aunque he sido formada para buscar anormalidades endocrinas, como problemas tiroideos o pituitarios, por ejemplo, que puedan ser causa de las anormalidades menstruales, rara vez encuentro algo anormal mediante los análisis de sangre estándar y el examen físico. Dado que este trastorno también puede estar relacionado con un elevado nivel de prolactina en la sangre, causado por tumores pituitarios, siempre pido que en el análisis de sangre se compruebe también el nivel de esta hormona. Sin embargo, no es común que haya un nivel demasiado elevado de la hormona prolactina, trastorno que se llama hiperprolactinemia.

El diagnóstico de la hemorragia uterina disfuncional se hace basándose en la historia personal, análisis de sangre que comprueben los niveles de las hormonas pituitaria y tiroidea, y a veces una biopsia del interior del útero para ver si en el revestimiento uterino hay señales de anovulación o células anormales.

Tratamiento convencional

El tratamiento convencional de la hemorragia uterina disfuncional consiste en administrar hormonas como la píldora anticonceptiva para regular los periodos menstruales. Actualmente este tratamiento corriente se da hasta la menopausia a mujeres que no fuman. (Antes no se recomendaban las píldoras anticonceptivas a mujeres mayores de 35 años, pero ahora ha cambiado esa norma, ya que las dosis de hormonas que contienen estas píldoras son más bajas, y los estudios más recientes han demostrado que no presentan riesgos para mujeres mayores.) Las píldoras anticonceptivas sí tienen por consecuencia reglas más regulares, y tomarlas podría ser la primera opción para mujeres que tienen una vida demasiado ajetreada para poder cambiar sus circunstancias. Pero las píldoras no sanan nada, simplemente enmascaran los problemas subyacentes del cuerpo o «adormecen» por un tiempo los desequilibrios. Sin embargo, como la mayoría de los ginecólogos, yo receto píldoras anticonceptivas a muchas mujeres, tanto para anticoncepción como para las hemorragias uterinas disfuncionales, porque tomar la píldora es la manera más fácil que tiene la mujer de eliminar sus síntomas sin hacer el trabajo de cambiar los aspectos de su vida que contribuyen al problema.

Según las estadísticas, las mujeres mayores de 40 años que tienen este trastorno están en mayor riesgo de hiperplasia endometrial, y muchos médicos hacen una biopsia del endometrio antes de iniciar el tratamiento hormonal. La hormona progestina (progesterona sintética) suele ser el tratamiento elegido, tanto para eliminar la hiperplasia si la hay como para detener la hemorragia anormal. Yo suelo recetar progesterona natural para este mismo fin. Si la mujer tiene faltas de reglas y desea quedar embarazada, suele recetarse el medicamento para la fertilidad Clomid, que engaña al cerebro y a los ovarios para que produzcan una ovulación.[60]

Un subgrupo de mujeres con este trastorno tienen sobrepeso. No ovulan regularmente, en parte debido a que la grasa corporal produce demasiado estrógeno. El estrógeno estimula excesivamente el revestimiento uterino y puede producir anovulación. A veces estas mujeres tienen un trastorno llamado síndrome de ovario poliquístico, en el cual los ovarios desarrollan un engrosamiento de la pared externa, bajo la cual muchos óvulos, parcialmente estimulados y no expulsados, forman quistes. En los exámenes por ultrasonido, los ovarios aparecen agrandados y presentan en ellos múltiples quistes pequeños. (Es interesante observar que las personas intuitivas médicas señalan exactamente esto mismo cuando hacen su lectura de estas mujeres.) Los estudios han demostrado que el riesgo de irregularidades menstruales es dos a tres veces mayor en mujeres obesas que en las que tienen un volumen corporal normal.[61] Un cambio dietético para disminuir el exceso de grasa corporal puede servir para bajar los niveles de estrógeno.

Un estrés constante, una dieta rica en alimentos refinados y pobre en nutrientes, y la falta de exposición a la luz natural, son factores que pueden ser causa de hemorragia uterina disfuncional. A muchas de mis pacientes les ha ido bien con solo hacer cambios en el estilo de vida y en la dieta. Algunas hacen estos cambios además del tratamiento hormonal.

Programa de tratamiento alternativo

Mi plan de tratamiento suele incluir una o más de los puntos siguientes:

- *Mejorar la dieta* (véase cap. 17 y la dieta recomendada para dolores menstruales en pág. 163).
- *Suplementos multivitamínico-minerales y ácidos grasos esenciales*. Estos ayudan a metabolizar el exceso de estrógeno y equilibrar las hormonas prostaglandínicas. (Véase información sobre ácidos grasos esenciales en pág. 166).
- *Progesterona natural*. Esta se puede tomar por vía oral o transdérmica. La dosis depende de los síntomas; normalmente es de 50 a 200 mg diarios por vía oral, desde mitad de ciclo hasta el comienzo de la regla (por lo general los días 14 a 28 del ciclo), durante al menos tres meses. Para la administración transdérmica usa una crema de progesterona al 2 por ciento, un cuarto de cucharadita una o dos veces al día, los mismos días. También se puede administrar progesterona natural en supositorios, por vía vaginal o rectal, durante treinta días o más, según la paciente.
- *Compresas de aceite de ricino*. Se aplican en el bajo abdomen al menos tres veces por semana, 60 minutos cada vez. Este programa deberá seguirse durante un mínimo de tres meses, y pasado ese tiempo se puede reducir a una vez a la semana. No hay que ponerse compresas mientras se está con regla abun-

dante.

El aceite de ricino (llamado también de castor o de palma Christi) se ha usado durante cientos de años por sus propiedades curativas. Las compresas de aceite de ricino son un tratamiento que solía recetar el intuitivo médico Edgar Cayce para muchos y diferentes trastornos. A mí me las dio a conocer la doctora Gladys McGarey, que las ha usado en su práctica médica durante más de cuarenta años. Se preparan empapando un paño de lana o franela de algodón doblado en cuatro con aceite de ricino prensado en frío. La franela empapada en aceite se coloca directamente sobre la piel del bajo abdomen y se cubre con un trozo de plástico (de bolsa de plástico por ejemplo). Sobre la compresa se aplica calor, por ejemplo una bolsa de agua caliente o una almohadilla eléctrica. Sobre la fuente de calor se puede colocar una manta o toalla para sujetarla. Yo prefiero una fuente de calor no eléctrica y recomiendo una bolsa de agua caliente. La paciente entonces permanece una hora echada con esto sobre el bajo abdomen. Le pido que durante el tratamiento preste atención a los pensamientos, imágenes y sentimientos que surjan y los anote en un diario. Estudios preliminares sobre las compresas de aceite de ricino realizados en la Facultad de Medicina George Washington indican que estas mejoran el funcionamiento del sistema inmunitario.

- *Terapia de luz.* Determina cuál fue el primer día de tu última regla con la mayor exactitud posible. (Tal vez tengas que limitarte a suponerla.) Desde los días 14 al 17 del ciclo, duerme con una lámpara normal de mesa de noche encendida en el suelo, al lado de la cama, con bombilla de 100 vatios, y con una pantalla que haga reflejar la luz en el techo y pared, pero que perturbe lo más mínimo tu sueño. Haz esto durante seis meses. En un estudio realizado con dos mil mujeres, más del 50 por ciento regularon sus ciclos, antes irregulares, a un ciclo regular de 29 días haciendo esto.[62]
- *Acupuntura y hierbas.* La acupuntura y las hierbas pueden solucionar la hemorragia uterina disfuncional y muchos otros problemas ginecológicos. Así como hay muchos estados emocionales y disfunciones de la energía que podrían disponer el escenario para trastornos menstruales, hay muchos tratamientos orientales, apropiados y específicos, con acupuntura y con hierbas, que se pueden recetar. Cuando una mujer busca tratamiento de acupuntura y de hierbas orientales para su trastorno menstrual, es posible que reciba uno de entre muchos diagnósticos, algunos de los cuales son: insuficiencia de riego sanguíneo del corazón, bazo o hígado; insuficiencia de ***chi***; sangre estancada; ***chi*** estancado. Según sea su historial o síntomas físicos, así como el examen físico, se seleccionarán los puntos concretos de acupuntura y las hierbas apropiados para su trastorno. La mujer que se sienta atraída hacia ese método debe buscar un practicante de medicina oriental adecuadamente formado y con quien ella se sienta segura.
- *Meditación y reducción del estrés.* Cualquier modalidad que reduzca el estrés puede servir para regular los periodos menstruales, debido a la profunda relación que existe entre el estrés emocional o psíquico y el desequilibrio bioquímico.

Historias de mujeres

DEBORAH: RUPTURA DE LAZOS FAMILIARES. Deborah tenía 17 años cuando salió de su casa para estudiar en la universidad. Según su descripción, su familia era «de clase media baja y no orientada a la educación universitaria». De hecho, ella era la primera persona de su familia que se iba de casa por algo que no fuera casarse. Su familia no estaba de acuerdo con que viviera lejos de casa y querían que fuera a visitarlos todos los fines de semana.

Durante su primer año en la universidad, Deborah conoció a muchas personas interesantes que la entusiasmaban; se le abrió todo un mundo de retos intelectuales y posibilidades profesionales. Se sentía más feliz y satisfecha que nunca. Desgraciadamente, su madre, temiendo perderla, comenzó a llamarla todas las noches para decirle que era una fracasada y que jamás triunfaría en nada si continuaba en la universidad. La amenazó con llamar al decano para que le rescindiera la beca y no le quedara otra opción que volver a casa.Deborah se deprimió y por primera vez desde su menarquia comenzó a tener reglas irregulares. Le venían dos o tres veces al mes, o pasaba dos o tres meses seguidos sin regla. Para sentirse mejor consigo misma, comenzó a correr como forma de hacer ejercicio. Al principio esto la hizo sentirse más fuerte físicamente, más independiente y más al mando de su vida. Pero el ejercicio no le regularizó los periodos menstruales; en realidad contribuyó a largos periodos de amenorrea (nada de

reglas). Fue a ver a un ginecólogo y este le dijo que el examen pelviano era completamente normal. El motivo de su problema, le dijo, era que «andaba tonteando con demasiados tíos». Dado que en esos momentos no estaba relacionada con ningún hombre, no se sintió ayudada por el médico y no volvió a ver a un ginecólogo en los once años siguientes.

Sin embargo sí consultó con un acupuntor, que le recetó hierbas chinas además de acupuntura. Estos tratamientos le regularon las reglas en dos meses, pero muy pronto descubrió que tenía que tratar la fuente de su depresión, que le volvía cada vez que tenía que dejar de correr debido a alguna lesión. (Comprobó que la menstruación volvía a la anormalidad tan pronto dejaba los tratamientos de acupuntura y de hierbas.) Se dio cuenta de que la fuente de sus problemas era su relación con su madre, y finalmente se trasladó de estado, lejos de las continuas llamadas telefónicas de su madre, para romper el control de esta sobre su vida.

Cuando vi a Deborah por primera vez, se estaba recuperando de la adicción al ejercicio y de la relación con su madre. Había comenzado una psicoterapia y estaba explorando esos problemas. Le recomendé un seminario intensivo para aprender a conectar con sus sentimientos, una dieta de alimentos integrales, crema de progesterona natural y un suplemento de calcio y magnesio. En los seis meses siguientes se regularizaron sus periodos menstruales a cada 28-29 días, y se le acabó la depresión. Ha roto los lazos con su familia de origen, que estaban en la raíz de su problema, y su vida se está equilibrando en todos los aspectos.

DONNA: FAMILIA DISFUNCIONAL Y HEMORRAGIAS DISFUNCIONALES. Donna, profesora universitaria de 42 años, vino a verme con un historial de seis meses de reglas irregulares; tenía reglas de dos semanas seguidas, después nada durante seis meses, después unos pocos días con pérdidas pequeñas, etcétera. También le venían ataques de ansiedad y depresión intensas que le duraban tres semanas, alrededor del tiempo en que le comenzaba la irregularidad. Una biopsia endometrial reveló hiperplasia quística y adenomatosa, anormalidad relacionada con la anovulación (no ovulación).

La madre de Donna también había tenido periodos menstruales anormales y cambios de estado de ánimo pasados los cuarenta, pero había decidido que «todo esto es cuestión de hormonas y simplemente hay que aguantarlo». Donna estaba bastante segura de que su madre había tenido problemas no resueltos con su padre, ya que el recuerdo que tiene de su abuelo, cuando ella era niña, es el de una persona a la que le asustaba ir a casa.

Donna me contó que había estado teniendo sueños y recuerdos sobre abusos sexuales por parte de sus tíos. «Me aterra la idea de que si le cuento a alguien lo que ocurrió o lo que creo que ocurrió, Dios me va a castigar —me dijo—. ¿Puedo obligarme a tratar este asunto más rápido?» Como le ocurre a muchas mujeres, tenía la impresión de que simplemente tener los hechos, quién, qué, dónde y cuándo, le serviría para solucionar las molestias y continuar con su vida de una vez por todas. Pero no es así como funciona la curación de la vida. Tenemos que permitir que el trabajo de curación siga su curso suave, gradual y respetuosamente.

La educación de Donna la llevaba a pensar: «Todo en la vida es culpa mía. Vivo pensando que estoy loca y que debo haberme inventado este asunto». La tranquilicé diciéndole que en esta cultura a las mujeres se las ha llamado locas durante siglos por decir la verdad, y que lo que le estaba pasando era muy normal, dada su historia. Decidió entrar en un grupo de supervivientes de incesto para con su ayuda trabajar en resolver su propia negación y la de su familia. Pasados varios meses de trabajo, se le practicó otra biopsia de endometrio, para comprobar si había células anormales, y resultó perfectamente normal, como también las hormonas de la pituitaria. Poco a poco se habían ido regularizando sus periodos menstruales.

Tratar sus traumas emocionales fue lo que realmente «curó» los problemas menstruales de Donna. Sus reglas, mediante su irregularidad, le habían comunicado su sabiduría corporal. La sangre menstrual le llamó la atención hacia la curación que necesitaba hacer en su relación con su familia, su sangre.

DARLENE: REGLAS IRREGULARES DESDE LA MENARQUIA. A Darlene, profesora, la vi por primera vez como paciente cuando ella tenía 32 años. Estaba casada, no tenía hijos, y desde la pubertad mostraba un largo historial de hemorragia uterina disfuncional. Pasaba largos periodos de tiempo sin regla, seguidos por hemorragia casi continua durante un mes y después pérdidas pequeñas infrecuentes. Tenía problemas de ansiedad continua y ataques de pánico si se veía obligada a estar fuera de casa un periodo largo.

Su matrimonio era una fuente de infelicidad más que de agrado. Generalmente estaba nerviosa, tenía problemas para dormir y sufría de frecuentes dolores de cabeza.

Su infancia y adolescencia habían sido estresantes. Su padre y al menos un abuelo eran alcohólicos, aunque había muchísima negación respecto a esto en su familia. Su madre, su abuela materna y una prima habían tenido problemas de hemorragia uterina que habían llevado a histerectomías. Su tía y otra prima tenían cáncer de útero y también les habían practicado histerectomía.

El motivo de venir a verme fue para trabajar la fertilidad. Dado el cuadro de hemorragias, le hicimos una biopsia endometrial, que reveló hiperplasia endometrial. Para tratar este trastorno le recetamos elevadas dosis de progestina sintética. Sin embargo, a diferencia de muchas mujeres que siguen este tratamiento, no se le detuvieron las hemorragias. Después del tratamiento con progestina se le practicó una segunda biopsia y esta vez se encontró la anormalidad de hiperplasia quística y adenomatosa. El siguiente paso sería legrado quirúrgico con dilatación para estar seguras de que no tenía cáncer de útero.

Pero a Darlene la aterraba esta intervención y me suplicó que le diera un tratamiento alternativo. Al ver su fuerte reacción, cedí y le recomendé compresas de aceite de ricino en el bajo abdomen, tres a cuatro veces por semana, para mejorar su sistema inmunitario. Yo sabía que eso le daría la oportunidad de reflexionar al menos tres veces por semana sobre su trastorno y los mensajes que este quería transmitirle. Acordamos que si eso no le cambiaba las células, seguiríamos adelante y haríamos el legrado quirúrgico.

Pasadas dos semanas le hice otra biopsia de endometrio. El tejido era normal, en consonancia con la primera fase de su ciclo menstrual. Darlene estaba eufórica y lloró de alivio. Durante esos meses había cambiado su bioquímica ayudándose de ***biofeedback,*** que hacía para el insomnio, dolores de cabeza y ansiedad. Comprendiendo que su matrimonio no había sido saludable para ella, se separó de su marido, comenzó el proceso de divorcio y se lió en un romance mediante el que satisfacía sus necesidades sexuales, lo que resultó ser profundamente sanador para ella.

Tres años después, cuando vino a verme para su examen anual, me contó que estaba desarrollando una sensación de poder alrededor de su ciclo menstrual que le resultaba nuevo y muy estimulante. «Tengo los pechos más grandes —me dijo—; me siento poderosa y camino como si supiera los secretos del Universo. Creo que durante años mi familia se ha sentido aterrada de mi poder. Recuerdo que pensaba eso cuando era pequeña. Aunque tener este poder me parece algo nuevo, también me parece algo que he sabido desde hace mucho tiempo». Darlene ha recuperado su conexión con el femenino universal y con su sexualidad. Al hacerlo, ha roto el ciclo de hemorragias irregulares que duraba generaciones en su familia.

Reglas excesivamente abundantes (menorragia)

Algunas mujeres sangran tan copiosamente durante sus menstruaciones que rutinariamente manchan la ropa aun llevando uno o dos tampones más una compresa. La sangre les pasa a la ropa incluso durante el segundo o tercer día de regla. Incluso las hay que no pueden salir de casa esos días debido a la hemorragia tan abundante. Una de mis pacientes decidió hacerse una histerectomía después de mancharse la ropa y manchar la tapicería del asiento del avión en dos viajes de negocio que hiciera a Europa.

Este tipo de hemorragia tan abundante se llama menorragia. Las mujeres que sufren de este trastorno tienen reglas regulares pero muy copiosas. Con el tiempo la menorragia puede ser causa de anemia (pocos glóbulos rojos) si la mujer no toma suficiente hierro en la dieta o si su cuerpo no puede reponer la sangre que pierde cada mes. La menorragia puede estar causada por miofibromas, por endometriosis o por adenomiosis. Excepcionalmente está relacionada con un problema tiroideo. Algunas mujeres sangran abundantemente sin ningún motivo aparente.

Las reglas crónicamente abundantes pueden estar relacionadas con estrés constante del segundo chakra, por problemas, entre otros, de creatividad, relaciones, dinero y control de los demás. Una de mis pacientes que tenía a veces reglas muy abundantes, observó que esto le ocurría cuando estaba dolida y necesitaba llorar. «Cuando sangro así —dice—, «creo que es como si la parte inferior de mi cuerpo llorara las pérdidas que he sufrido en mi vida». Cuando se tomaba el tiempo para prestar atención a los diferentes problemas que estaba teniendo y se permitía sentir las desilusiones y la pena, tenía reglas normales. Otra paciente, que sufría de fuertes dolores todos los meses y sangraba profusamente, comenzó a

pensar que el dolor uterino estaba relacionado con su fuerte necesidad de espacio creativo en su vida. Empezó a reservarse una hora al día para hacer escultura. Cada vez que lo hacía, conectaba con la alegría de crear por crear y poco a poco le fue disminuyendo el dolor pelviano y la cantidad de sangre cada mes.

La adenomiosis, causa común de reglas abundantes, es un trastorno en el cual las glándulas que normalmente se desarrollan en el revestimiento del útero o endometrio, penetran en las paredes del útero. (A veces llamada endometriosis interna, la adenomiosis se presenta junto con miofibromas y/o endometriosis, pero no siempre.) Este trastorno puede invadir de sangre el interior de la pared uterina en cada periodo menstrual, lo cual es causa de menstruaciones dolorosas y muy abundantes. La pared uterina se esponja y congestiona con sangre, lo cual causa un trastorno en el cual los músculos uterinos no pueden contraerse normalmente para disminuir la hemorragia.

Generalmente se puede sospechar de adenomiosis por la historia de la mujer y por una característica sensación de que el útero está «pantanoso» al palparlo en el examen pelviano. Sin embargo, sólo se puede hacer un diagnóstico definitivo por resonancia magnética nuclear o por biopsia de la pared uterina, que supone sacar quirúrgicamente un trozo de útero, o extirparlo todo entero.

Tratamiento

Como para todos los trastornos mencionados en esta sección, las modalidades que cambian el campo electromagnético que rodea el cuerpo y desbloquea la energía de la pelvis, pueden tener un efecto beneficioso en la menorragia. La acupuntura, la meditación y el masaje están entre esas modalidades.

- *Cambio de dieta*. Esté o no causada la menorragia por adenomiosis, la mujer puede responder bien a una dieta que equilibre sus eicosanoides, disminuya los efectos del exceso de insulina y reduzca el exceso de estrógeno en circulación.
- *Suplementos*. Para las reglas muy abundantes, sobre todo durante la perimenopausia, prueba con los siguientes suplementos diarios: vitamina E (100-400 UI) y vitamina A (5.000-10.000 UI).[63] Al parecer la vitamina A regula el nivel de estrógeno; la vitamina E previene el exceso de coagulación y mantiene más normal el flujo; se pueden tomar dosis de vitamina A en dosis de hasta 100.000 UI diarias pero sólo durante tres meses, porque hay riesgo de toxicidad (aunque 5.000-10.000 UI de vitamina A está dentro del margen no tóxico, es mejor no tomarla si estás tratando de quedar embarazada.) Se ha demostrado también que la vitamina C con bioflavonoides (500 mg diarios) y la vitamina A disminuyen la pérdida de sangre menstrual.[64] Yo recomiendo también un buen suplemento multivitamínico-mineral que contenga cantidades adecuadas de todas las vitaminas, ya que estas tienden a funcionar de modo sinérgico.

  También suele ir bien eliminar todos los productos lácteos (incluso los desnatados) durante al menos tres meses.
- *Medicamentos*. A las mujeres cuya menorragia no responde a la dieta o que prefieren otras opciones suele irles bien una progestina sintética para controlar la hemorragia. Normalmente yo receto de 5 a 10 mg de Provera o Aygestin, tomados una o dos veces al día durante las dos últimas semanas de cada ciclo menstrual. En muchos casos también pueden ir bien las píldoras anticonceptivas. Asimismo se puede usar progesterona natural, tomada por vía oral o aplicada en la piel en forma de crema. La dosis depende de la gravedad del problema. Para progesterona oral, desde el día 14 al 28 del ciclo: 100 mg cuatro veces al día en los casos más graves; 50 mg dos veces al día en los casos más benignos. Para la crema de progesterona: media cucharadita dos veces al día en las zonas suaves de la piel: pechos, cuello, cara, abdomen, parte interior de los muslos, brazos o manos. Seguir la dieta reseñada en el capítulo 17 suele disminuir o eliminar con el tiempo la necesidad de progestina o progesterona. Algunas mujeres han seguido este tratamiento durante meses e incluso años como alternativa a la histerectomía.

  Los inhibidores de la prostaglandina como ibuprofén (Advil o Motrin), naproxeno sódico (Aleve) o ácido mefenámico (Ponstel) también han ido bien a algunas mujeres para disminuir la hemorragia menstrual.[65] Es mejor tomar estos medicamentos una o dos veces al día durante tres o cuatro días antes de que deba comenzar la menstruación y continuar tomándolos durante los días en que la regla es normalmente más abundante.
- *Cirugía*. La ablación endometrial, en la que se cauteriza el revestimiento del útero, es un trata-

miento quirúrgico para las mujeres cuya menorragia no ha respondido a ninguno de los demás tratamientos. Es una excelente alternativa a la histerectomía y controla eficazmente la profusión de sangre en más del 85 por ciento de los casos. Se puede practicar sin hospitalización, o con una estancia de una noche en el hospital.[66] Las mujeres que optan por esta operación, deben ser concienzudamente exploradas antes para estar seguros de que el trastorno va a responder, porque no en todas da resultado. Otra opción es la histerectomía.

Sanar nuestra historia menstrual: Preparar a nuestras hijas

Muchas mujeres, como aquellas de las que he hablado en este capítulo, le han dado la vuelta completa a sus dolorosas experiencias menstruales y han comenzado a recuperar la herencia que les corresponde: su sabiduría corporal y menstrual. Cuando una mujer hace esto transmite a la generación siguiente una imagen corporal y una relación con su cuerpo más positivas. De esta manera se libera ella y libera a otras de la degradación patriarcal de lo femenino, y con ello aumenta enormemente la posibilidad de sanar los ciclos de todas las mujeres.

Durante demasiado tiempo a las chicas se les ha presentado el ciclo menstrual únicamente desde el punto de vista de la relación sexual y de la posibilidad de quedar embarazadas sin darse cuenta. La mayoría de las niñas no están preparadas emocionalmente para comprender la plenitud de su sexualidad femenina mientras no sepan y comprendan el funcionamiento de su útero, trompas de Falopio, ovarios y la naturaleza cíclica menstrual. Recuperar la sabiduría menstrual supone que las mujeres imaginemos una manera nueva y positiva de pensar y hablar sobre la experiencia menstrual, con nosotras mismas, con nuestras hijas y con los hombres de nuestras familias. Además, supone educarnos a nosotras mismas y educar a los demás acerca de la sexualidad femenina. Muchas tenemos maridos que expresan su inquietud por la pubertad de sus hijas. Al parecer los padres tienen una sensación, muy antigua y probablemente no analizada, de necesitar proteger a sus hijas de otros hombres y chicos. Si esta protección realmente diera resultados y sirviera a las mujeres para sentirse seguras en sus cuerpos femeninos, podríamos sentirnos muy felices de ella. Sin embargo, en la realidad, los padres sencillamente no pueden proteger eficazmente a sus hijas, y las niñas y mujeres no pueden y no deben continuar buscando hombres para que las protejan y mantengan.

Muchas mujeres me han contado sobre la falta de apoyo que encontraron en sus padres al llegar a la menarquia: «Tan pronto como tuve mi primera regla las cosas cambiaron entre nosotros. Mi padre jamás volvió a abrazarme ni a acariciarme. Ya no fue la misma nuestra relación, nunca más». Una mujer que tenía miofibromas uterinos recordó que una vez, cuando tenía catorce años y estaba muy arregladita para salir con un chico, su padre le gritó: «¡Eres una guarra, una puta!». Hacía años que no recordaba eso. Cuenta que se sintió como si esas palabras le penetraran el cuerpo y se quedaran allí, influyendo en su modo de sentirse consigo misma como mujer durante los veinte años siguientes.

Desde el nacimiento se nos adoctrina con la idea de que nuestros cuerpos están sujetos a la mirada posesiva de otras personas y expuestos al comentario y observación públicos. Hacemos desfilar a nuestras hijas pequeñas ante las miradas de los demás y con frecuencia las vestimos como si fueran pequeños confites para agradar. Uno de mis colegas nos explicó que cuando su hija de trece años se sentó a la mesa, el hermano mayor comentó: «Veo que hemos tenido la visita del hada de los pechos». Él lo contó riendo a carcajadas, pero me imagino que su hija no lo encontró nada divertido.

Para muchas chicas de esta sociedad, la pubertad ha sido una época de pérdidas. Cuando mi hija mayor tenía once años y yo la estaba metiendo en la cama una noche, me dijo que la preocupaba una cosa. Tenía un bulto en el pecho que le dolía y la asustaba. Me pidió que se lo examinara. Eso hice, y vi que bajo el pezón izquierdo le estaba comenzando a asomar el pecho; el primer signo de pubertad. Le dije que eso era normal y que no tenía nada de qué preocuparse. ¡La felicité!

Más tarde esa noche entró en mi habitación; no podía dormirse.

—¿Podemos hablar? —me preguntó.

—Por supuesto.

Le pregunté qué la preocupaba y se echó a llorar.

—No quiero crecer —me dijo.

La abracé y le conté que yo recordaba haber sentido lo mismo. Hacía años que no lo recordaba. Pero al verla ahí en mis brazos, en el umbral de la pubertad, recordé la profunda tristeza que me produjo la idea de crecer. Recuerdo que no quería irme de casa jamás; no quería que mi vida cambiara nunca. Estuvimos allí sentadas en la cama hablando de eso, teniéndola abrazada.

Después de un rato le pregunté si quería hablar de eso con su padre.

—Sí —dijo, y le preguntó—: Papá, ¿alguna vez te sentiste triste por crecer?

—No —dijo él—, hasta estos últimos años.

Los tres nos echamos a reír por su respuesta. Después de otros minutos de reconocer los sentimientos de mi hija hacia la pubertad, nos dio las gracias y se bajó de la cama, feliz. Esa experiencia fue para mí un fabuloso ejemplo de cómo nuestras emociones, cuando las respetamos y expresamos, pasan naturalmente por el cuerpo y se marchan.

Mi hija no ha vuelto a tocar este tema desde entonces, pero sé que lo hará si siente necesidad de apoyo. Su tristeza ha sido para mí un reto en el sentido de cómo podemos ayudar a nuestras hijas a pasar de ser niñas a mujeres con alegría y respeto. Ahora creo que en un cierto grado profundo y no expresado, ella sabe que pasar de la inocencia de la infancia a la pubertad no es una perspectiva totalmente feliz en una cultura en que el cuerpo femenino es un artículo de consumo. Cuando trabajamos juntas para crear nuevos ritos de pasaje para las mujeres, debemos reconocer que avanzar también significa dejar marchar y llorar lo que se pierde.

Ciertamente, no podemos llevar a nuestras hijas a un espacio donde nunca hemos estado. No podemos ofrecerles curación en aspectos en los cuales todavía estamos profundamente heridas nosotras mismas. Si todavía llevamos en nosotras generaciones de vergüenza por los procesos de nuestros cuerpos femeninos, no podemos esperar transmitirles a nuestras hijas amor por sus cuerpos. Necesitamos nuevas maneras de pensar acerca de todo esto. Cada una de nosotras debe crear nuevas ceremonias y nuevos ritos de pasaje para nuestras hijas. Pero antes de poder hacer esto eficazmente, debemos reconocer y apropiarnos de nuestras experiencias, por poco alentadoras y dolorosas que sean, y trabajarlas.

¿Cómo podríamos pensar de otra manera acerca de nuestros ciclos? ¿Cómo podríamos celebrar nuestro periodo menstrual, nuestro periodo de poder, nuestro periodo de conexión con el ser femenino global? Tamara Slayton ha hecho de la redención del ciclo menstrual la obra de su vida. Creó la Fundación Salud Menstrual y la empresa Nuevo Ciclo. Además de servicios educativos, su empresa fabrica el equipo La Muñeca Se Hace Mujer, para ayudar a madres e hijas (o padres e hijas, o cualquier otra combinación de progenitores) a armar juntas una muñeca para celebrar la menarquia de la niña, eligiendo juntas telas, abalorios y cualquier otro adorno.

Tamara dirige seminarios con niñas adolescentes, en los cuales se le da cera color rosa a cada niña para que modele un pequeño útero, con ovarios, óvulos y diferentes tipos de flujo cervical, rojo para la sangre y blanco para el flujo fértil de mitad de ciclo. Después se hace una gráfica del ciclo mensual y estos flujos. Esos ovarios pequeños de cera rosada contienen puntitos de cera verde que representan los óvulos. Combinando así el proceso creativo artístico, el uso de las manos y la mente al mismo tiempo, con información sobre el ciclo menstrual, podemos recuperar el vínculo entre nuestro ciclo físico y nuestra creatividad. ¿Te das cuenta de lo diferente que es esto de la «educación sexual»? Es imposible que las chicas integren la sexualidad mientras no comprendan y respeten sus propios ciclos y ritmos interiores. Tamara ahora dirige un programa de formación para mujeres, para que puedan ser educadoras de salud menstrual en sus comunidades. Su trabajo está teniendo un efecto muy positivo en la vida de jóvenes (mujeres y hombres) del país y del extranjero.

Hace unos años asistí el parto de mi sobrina y guardé su cordón umbilical; lo enrollé en un tubo de cartón de papel higiénico y lo puse a secar junto a una ventana asoleada. (Si es invierno se puede hacer esto en un horno a temperatura suave.) La larga y delgada espiral de fibra que quedó es un poderoso símbolo del vínculo que unía a esta niña con su madre. Le voy a regalar este cordón cuando llegue el momento de su paso a mujer. Algunas tribus de indios norteamericanos trenzaban el cordón umbilical en las crines del cuello del primer poni que tenía la niña, como protección. En muchas otras culturas se da un uso especial al cordón. A mis hijas las fascinó este cordón y me preguntaron por qué no había hecho lo mismo con los de ellas. Les dije que en esos momentos no se me había ocurrido. Ahora lamento no haberlo hecho.

Las adolescentes de hoy en día son «fértiles bombas de tiempo», porque no tienen ningún conocimiento de sus ciclos, y usan la sexualidad y la relación sexual como rito de pasaje.[67] Yo aconsejo enseñar a todas las chicas adolescentes a hacer el amor consigo mismas, para que no sientan la necesidad de chicos adolescentes para desahogarse. Cuando enseñamos a nuestras jovencitas el respeto por sus cuerpos y sus ciclos, y cuando nosotras también nos sanamos en estos aspectos, contribuimos a romper los ciclos de maltrato y abuso que han durado siglos.

Después de leer un artículo sobre el trabajo de Patricia Reis con la Diosa y los cuerpos femeninos, Marge Rosenthal recordó que ella había creado un mito para explicar el ciclo menstrual a su hija. En una carta a Patricia Reis, escribió:

> Cuando mi hija tenía cuatro o cinco años y yo tenía molestias premenstruales y andaba en busca de algo positivo sobre los dolores, el mal humor y todos los demás placeres de ser mujer, inventé los Menstruos de la Diosa. Esto surgió de una situación espontánea: mamá malhumorada, la pequeña preguntándose por qué y yo deseosa de darle una respuesta creíble.
>
> Le dije que una vez al mes los Menstruos de la Diosa visitaban el cuerpo de la mujer y que la diosa era muy misteriosa. A veces se introducía en nosotras sin previo aviso, y a veces se hacía anunciar por fuertes tirones dentro del cuerpo. Le expliqué que cuando los seres humanos sangran es señal de enfermedad o herida, pero que la sangre que nos produce la diosa es una reafirmación de la vida; es una limpieza de nuestro cuerpo. Le dije que la llegada de la diosa es un momento de celebración, un momento para comprar flores o algo pequeño y especial, sólo para nosotras las mujeres.
>
> Le expliqué que el mal humor se debía a que ***yo*** no escuchaba a mi cuerpo. Si hubiera prestado atención a los tirones habría sabido ser más amorosa conmigo misma (¡y tal vez habría tomado un par de aspirinas!). Gracias a que hice esto comprendí todo el valor positivo de crear nuestras propias diosas. Me creé una pequeña diosa para hacer asociaciones positivas con el ciclo menstrual. Es una diosa muy vital y enérgica que nos gasta bromas en el cuerpo, llegando adelantada o retrasada, callada o tormentosa, dándonos tirones o revolcándose en nosotras, pero una vez que reconocemos su presencia se alegra mucho de instalarse silenciosamente y esperar, hasta la próxima vez.
>
> Al acercarme a la menopausia, sé que echaré de menos a la diosa. Habrá llegado el momento en que ella se quedará en la juventud que compartimos y yo me marcharé para dejar que el siguiente espíritu entre en mi cuerpo. ¿Cómo se llamará ella?, me pregunto.

Crear salud a lo largo del ciclo menstrual

Sentada en silencio, pregúntate: «¿Cuál es mi verdad personal sobre el ciclo menstrual? ¿Cómo me hace sentir esta información? ¿Qué mensajes acerca de la menstruación y las hormonas he aprendido de mi familia? ¿Qué información he transmitido a las mujeres más jóvenes de mi vida? ¿Qué me digo a mí misma sobre mi periodo menstrual? ¿Qué puede enseñarme este?». Al margen de tu grado de conocimiento y crecimiento, sé amable contigo misma.

Durante los tres meses siguientes, lleva un diario lunar, destinado concretamente a observar los efectos de tu ciclo menstrual en tu vida. Síguele la pista a las fases de la Luna (suelen aparecer en los diarios, en almanaques y calendarios). Observa si notas alguna correlación entre tu ciclo y las fases de la Luna. Fíjate en si ansias comer ciertos alimentos durante la fase premenstrual. ¿Cuáles son esos alimentos? ¿Te sería tan agradable darte un buen baño como tomar ese exquisito helado de frutas?

Dedica un tiempo a sintonizar con y afirmar tu naturaleza cíclica. Escribe una corta entrada en tu diario cada día. Las recompensas de hacer eso serán inconmensurables. Te sentirás conectada a la vida de un modo totalmente nuevo, con un mayor respeto por ti misma y tus magníficas hormonas.

Celebra los Menstruos de la Diosa a tu manera especial y única.

6
El Útero

El oráculo más antiguo de Grecia, consagrado a la Gran Madre de la tierra, el mar y el cielo, se llamó Delfos, palabra que significa «útero».

BARBARA WALKER
The Women's Encyclopedia of Myths and Secrets

El útero está situado en el centro inferior de la pelvis, conectado con la vagina por el cuello uterino, y a las paredes laterales de la pelvis por dos tipos de ligamentos: los anchos y los cardinales. La parte posterior de la vejiga está unida a la parte anterior e inferior del útero, el segmento uterino inferior. Las trompas de Falopio salen de cada lado de la parte superior del útero, llamada «fondo». Los ovarios están situados bajo los extremos de las trompas o fimbrias, que parecen delicadas hojas de helecho (véase figura 7).

Los ovarios, las trompas y el útero son todos partes del sistema hormonal femenino. Cada una de estas estructuras está íntimamente conectada con las demás.[1] La circulación de la sangre hacia los ovarios depende en parte de que el útero esté intacto. Después de una histerectomía, los cambios que se producen en la irrigación sanguínea de los ovarios son causa de una menopausia prematura en muchas mujeres. El útero es de por sí muy sensible a los efectos de las hormonas. Siendo el órgano central de la pelvis, el útero y sus enlaces con las paredes laterales de la pelvis, los ligamentos cardinales, son componentes importantes pero subvalorados de la anatomía pelviana.

Nuestra herencia cultural

Prácticamente no se ha estudiado el útero separadamente de su papel en la reproducción, un hecho que refleja los sesgos culturales de fondo de esta sociedad.[2] El útero se considera el hogar en potencia de otra persona y se alora cuando está capacitado para desempeñar ese papel. Una vez que ha acabado su función, o cuando la mujer decide no tener hijos, el útero no tiene ningún valor intrínseco para la medicina moderna. Los ovarios suelen considerarse más o menos del mismo modo, porque la ciencia médica cree que la administración de hormonas de origen artificial puede funcionar igual de bien o incluso mejor que los propios ovarios de la mujer. A las mujeres se les enseña a considerarse a sí mismas más o menos del mismo modo, valiosas como madres o compañeras, pero sin ningún valor propio intrínseco.

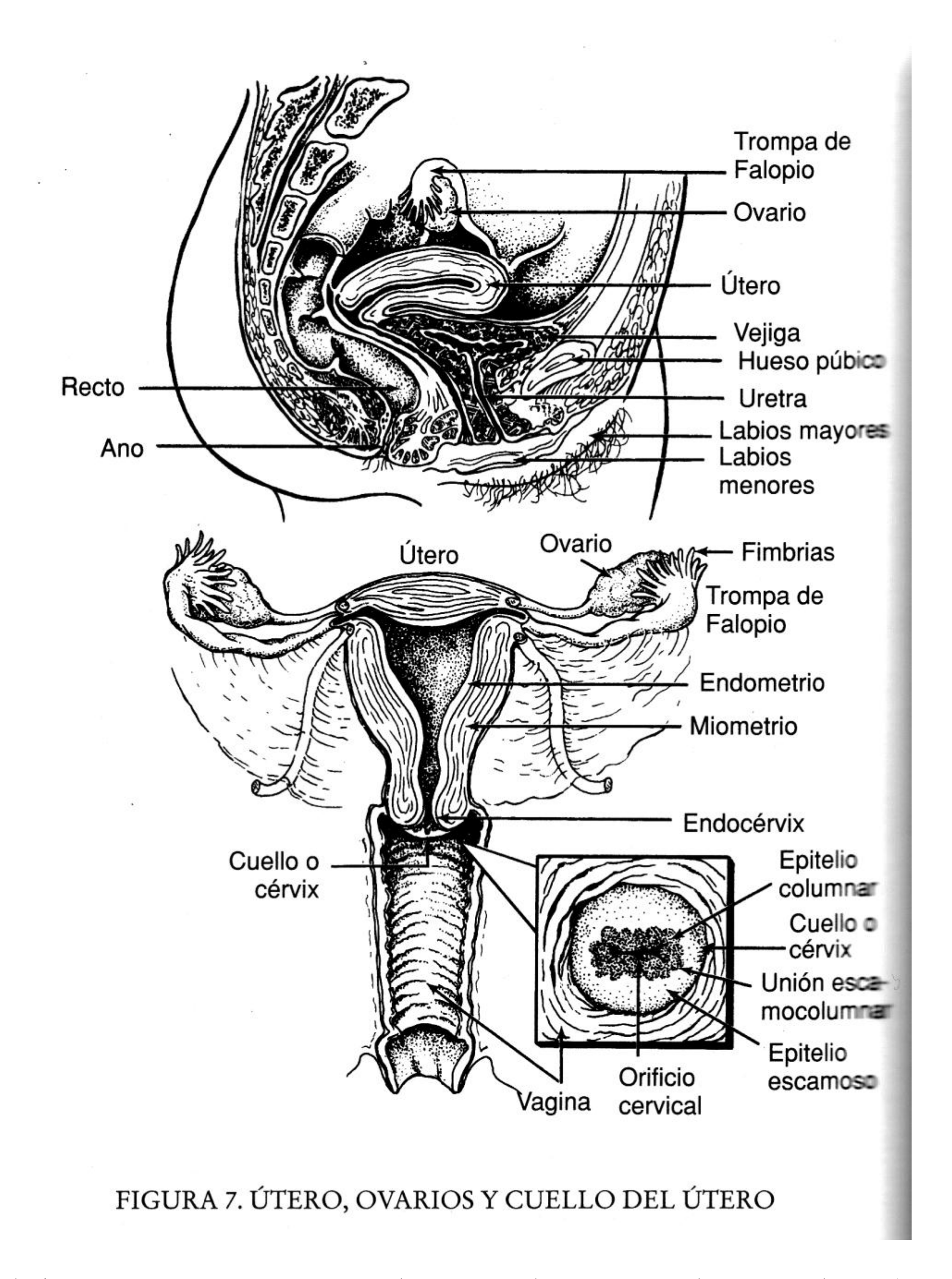


FIGURA 7. ÚTERO, OVARIOS Y CUELLO DEL ÚTERO

Cuando hacía mis prácticas como residente, uno de nuestros colegas oncólogos (un médico especializado en cáncer ginecológico) nos decía: «*There's no room in the tombfor the womb*» [«No hay lugar para el útero en la tumba»]. Otra frase que recuerdo de esos años es: «El útero está para desarrollar bebés o para desarrollar cáncer». De tanto en tanto, cuando uno de nuestros profesores médicos extirpaba un útero que parecía perfectamente normal, bromeábamos llamándolo diagnóstico UPC, la sigla de «útero persistente crónico». Estas actitudes han impregnado la medicina durante años, pero ahora están cambiando rápidamente.

La posibilidad de que el útero pueda tener otra función fuera de la reproductora o de producir tumores no ha sido adecuadamente tratada en la formación de los tocólogos y ginecólocos. Incluso hoy en día, si una mujer tiene una enfermedad de los órganos reproductores pero desea conservar su útero aun cuando no le interese tener hijos, su equipo médico suele considerarla excesivamente emotiva o sentimental, algo supersticiosa y no muy informada respecto a ese órgano. El tono patriarcal general de esta formación médica es que si esa mujer fuera más culta, sabría que el útero es inútil si no es para concebir y tener hijos.

Hace poco le extirpé un fibroma a una mujer de 48 años que no quería que le hicieran una histerectomía. La residente principal que me ayudó en la operación me dijo: «¿Y por qué no le haces senci-

llamente una histerectomía? A mí me pueden sacar el útero cuando quieran. Ahora que ya he tenido a mis hijos, sólo me sirve para desarrollar cáncer». Le dije que le habían lavado el cerebro.

La siguiente cita, tomada de un artículo sobre la histerectomía, resume esta actitud tan extendida en los años cincuenta y que aún continúa hoy, aunque en menor grado:

> La histerectomía está justificada en mujeres que se acercan al final del periodo reproductivo, en quienes el útero ya no tiene ninguna función útil, [...] y [...] cuando la reproducción ya no es deseable se puede prescindir del útero porque, aunque contribuye poco o nada, este órgano envejecido está sujeto a degeneración y enfermedades graves.

Este artículo, escrito por un tal doctor M. E. Davis, descarta la posibilidad de cualquier reacción adversa a la histerectomía haciendo la siguiente afirmación:

> La extirpación total del útero en el parto no perturba la vida sexual normal; en realidad, la mejora. [...] La espaciosa vagina, combinada con la libertad que da el no temer quedar embarazada, tiene por consecuencia una vida conyugal ideal.[3]

En realidad, parece que el útero sí desempeña un papel en la regulación hormonal, y su extirpación no es aconsejable a menos que sea absolutamente necesaria.

Esta subvaloración del útero por parte de los médicos y el público en general contribuye a que la histerectomía sea una de las primeras opciones elegidas en Estados Unidos. En 1984, ***ObGyn News*** informaba: «El índice de histerectomías está aumentando con tanta rapidez en Estados Unidos que dentro de unos pocos años el 50 por ciento de las mujeres menores de 65 años ya no tendrán útero».[4] De hecho, en los años ochenta, alrededor del 60 por ciento de las mujeres de 65 años ya tenían extirpado el útero.[5] La edad promedio de la mujer que se hace una histerectomía es de 42,7 años, y la edad media es de 40,9 años. Estas cifras han permanecido constantes durante las dos últimas décadas. El índice de histerectomías varía según la región del país: el sur tiene la mayor incidencia de esta operación, y el norte la menor. También se practica más en afroestadounidenses que en caucasianas, y la practican más ginecólogos que ginecólogas. El número de histerectomías llegó a su cima en 1985, en que, según los informes, se realizaron 724.000 operaciones, pero me alegra decir que desde entonces ese número ha bajado. En 1991 se realizaron 544.000 histerectomías. Sin embargo, dadas las proyecciones de población en este país y el actual índice de histerectomías (de 6,1 a 8,6 operaciones por cada 1.000 mujeres), se estima que en el 2005 se practicarán 824.000 histerectomías. Aunque parece que ha bajado el índice desde 1985, esta operación continúa realizándose con demasiada frecuencia a pesar de haber otras opciones. El número de histerectomías no cambiará de forma importante mientras las mujeres no cambien sus creencias acerca de los órganos pelvianos.

Puesto que nuestros pensamientos y creencias influyen en nuestro cuerpo, los mensajes negativos sobre el útero que interiorizamos a lo largo de la vida son causa de un buen número de los problemas que experimentamos las mujeres en esta zona.[6]

Anatomía de la energía

Si bien hay claras diferencias entre las energías de los ovarios y las del útero, muchas mujeres tienen problemas en estos órganos al mismo tiempo. Por ejemplo, bastantes mujeres que tienen los ovarios afectados por endometriosis también tienen fibromas [tumores fibrosos, llamados también liomiofibromas, miofibromas o miomas] en el útero. Es útil, por lo tanto, hablar en general de la naturaleza global de las formas de energía emocional y psíquica que generan salud y enfermedad en los órganos pelvianos antes de hablar de estas zonas por separado.

Los órganos pelvianos internos (ovarios, trompas y útero) están relacionados con el segundo chakra. Su salud depende de que la mujer se sienta capaz, competente o poderosa para crearse abundancia y estabilidad económica y emocional, y para expresar plenamente su creatividad. Debe ser capaz de sentirse bien consigo misma y con las relaciones que mantiene con las demás personas de su vida. Por otra parte, las relaciones que ella encuentra estresantes y limitadoras afectan adversamente a sus órganos pelvianos internos. Así pues, si la mujer continúa en una relación no sana porque piensa que no es capaz

de mantenerse económica o emocionalmente, sus órganos pelvianos internos corren un mayor riesgo de enfermedad.

La enfermedad sólo se crea cuando la mujer está frustrada por no poder efectuar los cambios que necesita hacer en su vida. La probabilidad y la gravedad de la enfermedad están relacionadas con cómo funcionan los diversos aspectos de su vida. Una vida conyugal y familiar alentadora, por ejemplo, puede compensar en parte un trabajo estresante. Una clásica pauta psíquica asociada con problemas físicos de la pelvis es la de la mujer que desea liberarse de comportamientos limitadores en sus relaciones (con su marido o en el trabajo, por ejemplo), pero que no es capaz de afrontar el miedo a la independencia que le produce ese cambio. Aunque es posible que se dé cuenta de que otras personas le limitan la capacidad de liberarse, su principal conflicto está en realidad en ella misma, en torno a sus propios temores. Una de mis pacientes desarrolló un miofibroma uterino y un quiste ovárico a los 40 años. Le pregunté si satisfacía su necesidad de creatividad y me dijo que deseaba muchísimo dejar el trabajo que tenía y poner una floristería. Desde su infancia le habían interesado las flores, pero sus padres siempre la desanimaron por considerar que ese era un interés «frívolo». Obedientemente, ella siguió sus consejos y estudió mecanografía y secretariado. Por último, se convirtió en administrativa en una empresa de contabilidad. Aunque ese trabajo no le resultaba satisfactorio, continuó en él porque le aportaba ingresos fijos y buenos beneficios y tenía miedo a arriesgarse a trabajar por su cuenta. Cuando se acercaba su cuarenta cumpleaños, sintió la necesidad de hacer realidad su pasión infantil y empezó a soñar con campos de flores a los que no podía acceder porque estaban vallados por alambres de púas. Llegó a comprender que el centro de concepción de su cuerpo trataba de decirle algo mediante el quiste ovárico y el miofibroma uterino.

Otro problema que afecta a los órganos pelvianos es la competición entre diversas necesidades. Cuando la necesidad interior de compañía y apoyo emocional está en competición con la necesidad exterior de éxito, autonomía y aprobación tribal, esta situación puede manifestarse en los órganos pelvianos internos, los ovarios y el útero. Nuestra cultura nos enseña que no podemos tener al mismo tiempo satisfacción emocional y éxito económico, y que nuestras necesidades de ambas cosas son mutuamente excluyentes; que, como mujeres, no podemos tenerlo todo. Normalmente a las mujeres no se nos enseña a manejar los bienes económicos porque el sistema patriarcal depende de que nosotras seamos dependientes. Puesto que tener dinero y una buena posición social nos protege y hace que nos sintamos seguras, se nos ha enseñado que para encontrar seguridad tenemos que casarnos, y a los hombres se les ha enseñado que tienen que proporcionar dinero y una buena posición social a las mujeres. El éxito, en el sistema adictivo, nos permite dominar a los demás. Estas creencias y el comportamiento dominador que resulta de ellas son el terreno propicio para los problemas pelvianos.

En lo que respecta a la energía, el útero está relacionado con el sentido de identidad más íntimo de la mujer y con su mundo interior. Simboliza sus sueños y los yoes a los que le gustaría dar a luz. La salud del útero refleja la realidad emocional interior de la mujer y su fe en sí misma en el grado más profundo. La salud del útero está en peligro si la mujer no cree en sí misma o es excesivamente autocrítica.

La energía uterina es más lenta que la energía ovárica. El tiempo de gestación biológica del feto es de nueve meses lunares, mientras que el tiempo de gestación biológica de un óvulo es solamente de un mes lunar. Podemos imaginar el útero como la tierra, ya sea simbólica o biológica, en la cual van a desarrollarse con el tiempo las semillas creadoras de los ovarios.

La energía ovárica es más dinámica y cambia más rápidamente que la del útero. En los años reproductores, los ovarios sanos crean nuevas semillas cada mes de forma dinámica. Cuando esta energía ovárica dinámica necesita que le prestemos atención, los ovarios son capaces de cambiar con mucha rapidez. Un quiste ovárico puede hacerse grande en cuestión de días en las circunstancias adecuadas.

La salud de los ovarios está directamente relacionada con la calidad de las relaciones de la mujer con las personas y cosas que la rodean (véase el capítulo 7). Los ovarios están en peligro cuando la mujer se siente controlada o criticada por otras personas, o cuando ella controla o critica a los demás.

Dolor pelviano crónico

El dolor pelviano puede producirse en un órgano, un ovario por ejemplo, en varios órganos pelvianos o en toda la pelvis, incluso cuando se han extirpado todos estos órganos. A un cierto porcentaje de mujeres

que sufren de dolor pelviano no les alivia nada la extirpación quirúrgica ni el tratamiento médico. Aunque en algunos casos la histerectomía sí alivia el dolor pelviano crónico, casi a un 25 por ciento de las mujeres a las que se les extirpa el útero no se les alivia el dolor.[7] Las mujeres que sufren de dolor pelviano crónico suelen tener complejos historiales psíquicos y emocionales. Según los estudios realizados, es muy probable que estas mujeres hayan buscado tratamiento para dolencias somáticas no relacionadas, hayan tenido un número mayor de parejas sexuales y hayan experimentado traumas psicosexuales importantes en el pasado.[8] El dolor físico también está asociado con un dolor emocional no resuelto, ya sea en sus relaciones pasadas o actuales, con su pareja o en su trabajo, debido a un maltrato emocional, un abuso sexual o una violación (de cualquier grado). El estrés emocional en la vida personal, laboral o profesional que la mujer considera insoluble contribuye enormemente al dolor pelviano. Los acontecimientos traumáticos del pasado no resueltos residen en el sistema energético del cuerpo, aun después de que se hayan extirpado quirúrgicamente los órganos pelvianos. Con mucha frecuencia veo súbitas manifestaciones de dolor pelviano en mujeres que desvelan recuerdos de incesto, visitan el lugar donde tuvo lugar este, o trabajan en empleos en los que están muy controladas pero en los cuales se sienten obligadas a continuar. A estas mujeres les digo que mediante el dolor el cuerpo les pide que le presten atención y cuidado. En su sabiduría, el cuerpo desea que la mujer vuelva su atención al lugar del dolor emocional para que pueda comenzar el proceso de sanación.

En muchos casos de dolor pelviano crónico no se logra encontrar ninguna causa física, y por lo tanto la profesión médica no lo toma en serio. Pero el dolor pelviano crónico que proviene de un dolor emocional no resuelto es real, no está solamente «en la cabeza». El dolor está grabado o almacenado física y químicamente en nuestros sistemas nervioso, inmunitario y endocrino; está en el «cuerpomente». Sencillamente no se puede extirpar con una intervención quirúrgica.

Endometriosis

La endometriosis es un trastorno misterioso pero cada vez más común. El tejido que forma el revestimiento del útero, o revestimiento endometrial, normalmente se desarrolla dentro de la cavidad uterina (y es responsable de los ciclos menstruales mensuales). En la endometriosis, por algún motivo, este tejido se desarrolla en otras zonas de la pelvis y a veces incluso totalmente fuera de ella. (Hay casos documentados de endometriosis en el revestimiento de los pulmones e incluso en el cerebro.) El lugar más común de desarrollo de endometriosis son los órganos pelvianos, las paredes laterales de la pelvis (que rodean los órganos que están en el interior de la cavidad pelviana) y a veces el intestino.

La endometriosis va acompañada a veces por infecundidad y dolor pelviano, aunque no siempre. Dado que los miofibromas y la endometriosis suelen estar presentes en la misma mujer al mismo tiempo, todo lo que diga sobre los miofibromas suele aplicarse también a la endometriosis. A semejanza de los miofibromas, la endometriosis está relacionada con la dieta y con un bloqueo de la energía pelviana.

La endometriosis es la enfermedad de la competitividad.[9] Aparece cuando las necesidades emocionales de la mujer compiten con su funcionamiento en el mundo exterior. Cuando la mujer se encuentra en una situación en la cual sus necesidades emocionales más íntimas están en conflicto directo con lo que el mundo exige de ella, la endometriosis es una de las maneras como su cuerpo trata de atraer su atención al problema.

El caso de Alycia ilustra bien este punto. Cuando vino a verme porque sufría de dolor pelviano y endometriosis, me contó que cuando estaba haciendo el curso preuniversitario se había quedado embarazada y había abortado. Aunque le había dolido tomar esa decisión, y hasta cierto punto deseaba tener ese bebé, se había sentido obligada a seguir con sus estudios y entrar en la Facultad de Derecho. Me dijo que en cierto modo jamás había logrado resolver el conflicto entre tener un bebé y su deseo competitivo de ser creativa en el mundo exterior de las leyes y empresas. Este conflicto suele estar asociado con la endometriosis y el dolor crónicos. El conflicto expresado por Alycia es casi arquetípico, y lo veo con regularidad. En la actualidad las mujeres forman parte del mundo de la competitividad y los negocios, tradicionalmente masculino, y muchas no reciben apoyo emocional en su hogar o en su vida personal. Otras han abandonado la idea de que tienen necesidades emocionales. Muchísimas de las mujeres que he visto con endometriosis se exigen mucho a sí mismas, implacablemente, en el mundo exterior; rara

vez descansan y rara vez sintonizan con sus necesidades más íntimas y deseos más profundos. Tiene mucho sentido que haya tantas mujeres con esta enfermedad en esta época de nuestra historia. Un psicoanalista junguiano ha llamado a la endometriosis «sacrificio cruento a la Diosa». Se trata de nuestro cuerpo, que trata de que no olvidemos nuestra naturaleza femenina, nuestra necesidad de cariño y sustento ni nuestra conexión con las demás mujeres.

Históricamente, a la endometriosis se la llamó «la enfermedad de la mujer profesional». Se pensó que las mujeres que posponían la maternidad eran las que corrían más riesgo de enfermar de ella. Hasta no hace mucho, a muchas mujeres que padecían endometriosis se les decía que se quedaran en casa y tuvieran hijos y así mejorarían. Esa es una afirmación controvertida, además de ofensiva, ya que estudios recientes demuestran que no hay ninguna diferencia en la incidencia de endometriosis entre las mujeres que han estado embarazadas y las que no. El doctor David Redwine, especialista en endometriosis de fama internacional, concluye que el embarazo no ofrece ninguna protección contra la endometriosis. Lo que protegería de la enfermedad sería un trabajo y un entorno personal que no requieran una división entre la mente y las emociones. Esta revolución tardará en llegar, de modo que mientras tanto, cada mujer puede trabajar en sanarse sola, comenzando por comprender su cuerpo y hacer caso de sus mensajes.

Síntomas

Por lo general, la endometriosis va acompañada de dolor pelviano, ciclos menstruales anormales e infecundidad. Estos síntomas varían muchísimo de mujer a mujer. Algunas mujeres con endometriosis avanzada jamás han tenido ningún síntoma y ni siquiera saben que tienen la enfermedad hasta que el médico se la diagnostica. Otras, pacientes de endometriosis mínima, pueden tener sin embargo molestos dolores pelvianos casi continuamente. La mayoría de las mujeres se encuentran en algún lugar entre estos dos extremos. La zona más común donde se produce la endometriosis es detrás del útero, entre el útero y el recto, un lugar llamado «saco rectouterino o rectovaginal». La endometriosis en esta zona puede hacer doloroso el acto sexual, causar presión rectal y producir dolor al ir de vientre, sobre todo antes de la menstruación.

Diagnóstico

La endometriosis de la cavidad pelviana sólo se puede diagnosticar definitivamente por laparoscopia, aunque yo suelo sospechar su presencia en mujeres cuyos síntomas son consecuentes con la endometriosis, por ejemplo un historial de dolor pelviano y pérdidas de sangre entre reglas. En algunos casos excepcionales, se puede apreciar durante el examen pelviano si hay lesiones endometriales en el cuello uterino, la vagina o la vulva. Lamentablemente, los estudios demuestran que por lo general la mujer que tiene endometriosis ha de acudir a unos cinco médicos para que finalmente se la diagnostiquen, porque muchos otros trastornos, el síndrome de colon irritable entre ellos, imitan a la endometriosis.

Algunas autoridades creen que se puede encontrar endometriosis en cualquier mujer si se mira con suficiente atención.[10] Yo estoy de acuerdo con esto. He encontrado endometriosis en un sorprendente número de mujeres totalmente asintomáticas al hacerles una ligadura de trompas laparoscópica. Ni ellas ni yo lo habríamos sospechado.

Lo que me gustaría saber es la incidencia de endometriosis en mujeres que no tienen ningún problema. Creo que probablemente todas las mujeres tenemos en la cavidad pelviana células embrionarias que podrían transformarse en tejido endometrial. Pero si todas tenemos posibilidades de desarrollar una endometriosis, ¿por qué algunas tienen los síntomas y otras no? Dado que las autoridades médicas no nos lo saben decir, la respuesta está dentro de cada mujer. A ella le corresponde descifrar lo que sus síntomas quieren decirle.

Preguntas corrientes

¿Por qué tantas mujeres sufren de endometriosis? En mis años de formación no veíamos tantos casos de endometriosis como vemos ahora. Son varios los motivos de que haya una mayor percepción de la enfermedad. En primer lugar, con el advenimiento de la laparoscopia, la diagnosticamos con más frecuencia. La paciente entra y sale del hospital el mismo día. La facilidad para mirar el interior de la pelvis

sin realizar una intervención quirúrgica importante ha sido causa de que se ofrezca bastante rutinariamente una laparoscopia a las pacientes que presentan dolor pelviano.

Otro factor en el aparente aumento de los casos de endometriosis es que actualmente las mujeres retrasan la maternidad y tienen más ciclos menstruales que en el pasado. En el caso de tener hijos, los tienen en menor número. Dado que la endometriosis es un trastorno hormonodependiente, cuando el cuerpo tiene en circulación elevados niveles de estrógeno no interrumpidos por el embarazo y la lactancia, eso favorece su manifestación.

¿Es hereditaria la endometriosis? La endometriosis suele venir de familia, de modo que hay un vínculo hereditario. He visto a pacientes cuyas hermanas y madres la han tenido. Tener una hermana con endometriosis no significa que una también vaya a tenerla, sobre todo si lleva otro estilo de vida. La propensión genética a la endometriosis no tiene por qué manifestarse a no ser que el entorno y los hábitos de salud la favorezcan. La dieta estadounidense estándar, pobre en nutrientes, con sus efectos en el equilibrio de los eicosanoides en personas vulnerables, favorece la endometriosis y es usual en las familias en las que suele darse la endometriosis. Según mi experiencia clínica, el consumo de productos lácteos está particularmente asociado con un exacerbado dolor de endometriosis.

¿Puede afectar a la fertilidad la endometriosis? Muchas pacientes de endometriosis son mujeres fértiles cuyo principal problema es el dolor. La endometriosis no causa infecundidad, pero se cree que es un factor importante. En la actualidad, entre el 40 y el 50 por ciento de las mujeres a las que se les practica una laparoscopia para determinar la causa de su problema de infecundidad, presentan endometriosis.[11] Muchas pacientes de endometriosis tienen las abundantes cicatrices pelvianas que normalmente acompañan a la infecundidad. El doctor David Redwine dice: «Estudiar la enfermedad en mujeres predominantemente infecundas sólo sirve para complicar el asunto».[12] Sea cual fuere la causa de los síntomas de endometriosis, podría ser también responsable de la infecundidad, pero una no causa la otra.[13]

¿Qué causa entonces la endometriosis? Son abundantes las teorías médicas al respecto, pero nadie sabe realmente qué es la endometriosis ni por qué está tan extendida en la actualidad. La teoría clásica es que se produce por menstruación retrógrada, o menstruación hacia atrás, es decir, que parte de la sangre menstrual y del tejido que reviste el útero se devuelve hacia las trompas de Falopio, después se implanta en el tejido pelviano y comienza a proliferar.[14] Puesto que probablemente la menstruación retrógrada ocurre en todas las mujeres en algún momento, esto no explica por qué algunas contraen la enfermedad y otras no. Otra teoría es que los tejidos pelvianos se convierten espontáneamente en tejido endometrial, debido posiblemente a una irritación o a una actividad hormonal de toxinas ambientales como la dioxina, que puede tener una actividad parecida a la del estrógeno.

No está claro qué causa exactamente el dolor que acompaña a la endometriosis. Se sabe que esta es estimulada en parte por las hormonas del ciclo menstrual y que el dolor empeora durante la ovulación y las fases premenstrual y menstrual del ciclo. Dado que las lesiones endometriales son iguales que el tejido interior del útero, es comprensible que cuando la mujer sangra, junto con su menstruación le sangren también microscópicamente dentro del cuerpo los implantes de endometriosis. Algunos especialistas opinan que las lesiones endometriales secretan algún tipo de substancia química que produce hemorragia en los capilares que rodean el peritoneo (la membrana serosa que tapiza la cavidad y los órganos pelvianos donde se encuentra la endometriosis). Se cree que con el tiempo esta sangre que entra mensualmente en la cavidad pelviana es la causa de dolorosos quistes y adherencias que tienden a estallar si las circunstancias lo favorecen.

La teoría que para mí tiene más lógica es que la endometriosis es un trastorno congénito que está presente en el nacimiento.[15] Según esta teoría, la endometriosis surge del tejido genital embrionario femenino que no llegó a entrar en el útero durante el desarrollo. Esto explicaría por qué esta enfermedad viene de familia y por qué algunas niñas tienen fuertes dolores de endometriosis tan pronto como comienzan sus reglas. Sin embargo, en esta teoría todas las mujeres tenemos la capacidad de desarrollar endometriosis si las células embrionarias de la pelvis son estimuladas por el conjunto de circunstancias apropiadas.

Si bien a la mayoría de los ginecólogos se nos ha enseñado que la endometriosis es una enfermedad progresiva que empeora con el tiempo, algunos estudios, entre ellos los del doctor Redwine, demuestran que la endometriosis no se propaga ni empeora con el tiempo (aunque cambia su apariencia) ni recurre si se extirpa totalmente por cirugía.

Cuando realizan laparoscopias para diagnosticar la causa del dolor pelviano, muchos ginecólogos no ven la endometriosis en sus primeras fases porque se les enseñó a buscar solamente las características lesiones negras parecidas a «quemaduras de pólvora». En realidad, las lesiones endometriales se presentan en diversos colores: claras, blancas, amarillas, azules y rojas. Muchas de estas primeras lesiones son muy sutiles y cuesta verlas sin un equipo apropiado.[16]

El color de las lesiones endometriales puede estar relacionado con el goteo de sangre de los capilares vecinos. Con el tiempo, las lesiones pasan de claro a negro, según sea la cantidad de cicatrices presentes. Cuanto mayor es la mujer que sufre de endometriosis, mayores son las posibilidades de que tenga la endometriosis «clásica», con lesiones negras parecidas a «quemaduras de pólvora» y quistes ováricos de color «chocolate». (La endometriosis en los ovarios puede formar grandes quistes ováricos llenos de sangre vieja. Cuando se operan, el contenido de los quistes parece chocolate líquido.)

La conexión neuroendocrino-inmunitaria

Las íntimas interacciones entre nuestros pensamientos, nuestra emociones y nuestra inmunidad contienen la clave para interpretar el mensaje que tiene la endometriosis para cada mujer. Los estudios del sistema inmunitario de mujeres con endometriosis sintomática demuestran que estas mujeres suelen producir anticuerpos contra sus propios tejidos, llamados «autoanticuerpos». Esto significa que en algún plano profundo la mente de su pelvis rechaza aspectos de sí misma.

Los autoanticuerpos dificultan diversos procesos de la reproducción humana, entre ellos la actividad de los espermatozoides, la fertilización y el progreso normal del embarazo. Su presencia podría explicar la asociación entre infecundidad y endometriosis en aquellas mujeres que tienen los dos problemas al mismo tiempo. La endometriosis ha sido claramente relacionada con un menor índice de fertilización del óvulo, un menor índice de éxito en la fertilización ***in vitro*** (o «en probeta») y un mayor número de abortos espontáneos. La experiencia clínica de la terapeuta Niravi Payne con mujeres que sufren de infecundidad y endometriosis demuestra claramente que en estas mujeres podría haber una cierta ambigüedad inconsciente respecto a quedar embarazadas; tal vez lo desean con la mente, pero en el corazón no están seguras. La presencia de estos autoanticuerpos anormales en pacientes de endometriosis es la clave para entender muchas características de esta enfermedad que los científicos no logran explicar cuando sólo lo consideran un problema estructural, como si fuera un tumor que hay que extirpar.[17]

Fabricar anticuerpos contra los propios tejidos es característico de otras enfermedades autoinmunes que confunden a la ciencia médica y que no pueden ser «curadas» en el sentido convencional. El sistema inmunitario es muy sensible, ***y*** nuestra supervivencia depende de su capacidad de reconocer y distinguir el yo del no yo. ¿Qué puede ser lo que pasa cuando el sistema inmunitario cumple órdenes autodestructoras? Para ayudarnos a sanar podemos aprovechar las pruebas que existen de que el sistema inmunitario lleva a cabo los mensajes de nuestra mente.

Tratamiento

A las mujeres que sufren de endometriosis sintomática les va bien un programa de tratamiento exhaustivo que les refuerce totalmente el sistema inmunitario al mismo tiempo que se mantienen receptivas a descubrir qué necesitan cambiar en su vida. Mis pacientes han sanado síntomas de endometriosis con diversos tratamientos. Lo más importante es que muchas de ellas han llegado a una mayor comprensión de lo que necesitan aprender para sanar de verdad y no sólo enmascarar los síntomas.

HORMONAS. El tratamiento más común para la endometriosis, una vez diagnosticada, es la terapia hormonal, en forma de píldoras anticonceptivas, progestina sintética, sulfato danocrino (Danazol) o, más recientemente, fármacos agonistas de las GnRH (hormonas liberadoras de gonadotropina), como Synarel y Lupron. Estos fármacos actúan en la glándula pituitaria para producir una menopausia temporal, permitiendo así la regresión de la endometriosis al detener su estimulación hormonal cíclica.

Todas estas terapias hormonales cambian las cantidades de estrógeno y otras hormonas en el organismo, para que no se active la endometriosis. Cuando disminuyen los niveles de estas hormonas, suelen desaparecer los síntomas, y la enfermedad se vuelve inactiva. También se usan el Danazol y los fármacos agonistas de las GnRH para disminuir la cantidad de endometriosis antes de operar (en algunos casos, para facilitar la extirpación quirúrgica). El problema de estos métodos es que en realidad no curan la enfermedad; simplemente suprimen el estímulo hormonal durante un tiempo. Además, algunas mujeres no toleran bien los efectos secundarios de estos tratamientos. El Danazol es caro, y puede tener un efecto masculinizante, como el enronquecimiento de la voz y la aparición de vello; muchas mujeres ganan peso cuando lo están tomando. La terapia con fármacos agonistas de las GnRH produce sofocos, adelgazamiento del tejido vaginal y pérdida de masa ósea. Sin embargo, otras mujeres tienen una enorme necesidad de estos tratamientos hormonales para aliviar el dolor, aunque este suele volver cuando se deja de tomar el fármaco.

Una vez vi a una paciente que estuvo tomando Synarel (un fármaco agonista de las hormonas liberadoras de gonadotropina) todo el verano. «Fue maravilloso poder ir de camping, y practicar esquí acuático y parapente sin tener que preocuparme por el dolor —me dijo—. Me sentí estupendamente. Sé que no lo puedo seguir tomando para siempre, pero la verdad es que fue fabuloso.» Llevaba dos semanas sin tomarlo cuando vino a verme y ya le comenzaba a volver el dolor. Hablamos de sus opciones, y me dijo que cuando tenía dolores antes de tomar el fármaco, con frecuencia lograba un alivio total con un masaje. Eso la sorprendía, pero encontraba demasiado caro el masaje (entre 30 y 45 dólares según la masajista [entre 4.600 y 7.000 ptas.]), y un cambio dietético le resultaba muy difícil dado su horario de trabajo. Sin embargo, el Synarel cuesta 300 dólares [45.000 ptas.] al mes.[18] Después de pensarlo, decidió hacer la prueba de cambiar su horario para comer mejor y ahora está dispuesta a seguir métodos no medicamentosos durante un periodo de prueba de tres meses. Después de eso, si no obtiene ningún alivio, sabe que tiene la opción de la operación.

Si bien los síntomas menopáusicos que acompañan a la toma de fármacos agonistas de las hormonas liberadoras de gonadotropina se acaban cuando se deja de tomarlos, este tipo de terapia no es apropiada para todas las mujeres si se sigue más de unos cuantos meses. Me siento particularmente reacia a recetarla a cualquier mujer que haya tenido menstruaciones irregulares o algún trastorno del sistema nervioso central, ya que en algunas mujeres su toma ha ido acompañada por problemas de memoria. El estilo de vida de la paciente que podría necesitar estos medicamentos está caracterizado por un trabajo muy estresante y realizado durante muchas horas, frecuentes viajes de negocios, casi nada de tiempo para ella misma y una falta de deseo o de capacidad para cambiar de profesión. Tomar fármacos en este tipo de situación le hace más fácil a la mujer continuar realizando actividades que de todos modos la están dañando en cierta medida. Me preocupa que tome los medicamentos pero también confío en su proceso, sabiendo que algo aprenderá de la opción que elija, sea cual sea. Asimismo, confío en que lo que la trajo a mí también la haya abierto a aprender acerca de su cuerpo. Ella sabe que puede volver y probar otras cosas cuando le parezca apropiado.

La progesterona natural suele ir muy bien para aliviar los síntomas de la endometriosis, y es mi primera línea de tratamiento después de una mejor alimentación. La forma normal es aplicarse una crema de progesterona al 2 por ciento (ProGest, por ejemplo), entre un cuarto y media cucharadita en la piel dos veces al día (véase p. 180). La progesterona natural contrarresta la endometriosis al disminuir los efectos del estrógeno en las lesiones del endometrio. No produce efectos secundarios y se tolera muy bien. Aplícatela del día 10 al 28 de cada ciclo; algunas mujeres podrían necesitarla diariamente. A veces es necesario aumentar la dosis a más de lo que proporciona una crema al 2 por ciento. En estos casos se puede recetar una crema transdérmica que debe preparar un farmacéutico especializado en fórmulas. Otra opción son las cápsulas de progesterona natural tomadas por vía oral; la dosis usual es de 50 a 200 mg diarios, tomados desde el día 10 al 28 de cada ciclo.

CIRUGÍA. Muchas mujeres con una endometriosis grave, que durante años han tomado hormonas y medicamentos para el dolor, suelen acabar cuando todavía son jóvenes con una histerectomía total, que incluye la extirpación de los ovarios. Aunque esto suele ser una decisión de la mujer, muchas se enteran después de que había otras alternativas a este agresivo método quirúrgico.

Puede ser muy útil una intervención quirúrgica más moderada, que sólo extirpa la endometriosis y conserva los órganos pelvianos. Cada vez son más los ginecólogos especializados en cirugía pelviscópica, y han aprendido a extirpar la endometriosis sin saltarse ninguna lesión. Es probable que el dolor vuelva si queda alguna lesión en el endometrio. La cirugía pelviscópica realizada correctamente tiene un índice de recurrencia del dolor de sólo el 10 por ciento. En estas mujeres, el dolor suele estar asociado no con la endometriosis, sino con miofibromas, adherencias y adenomiosis (véase el capítulo 5). La mujer que quiera someterse a una operación para aliviar el dolor endometrial deberá acudir a alguien que esté especializado en esta forma de tratamiento.

MEDICINA ENERGÉTICA. Cualquier cosa que mejore el funcionamiento del sistema inmunitario y aumente la circulación de energía en el cuerpo probablemente va a sanar la endometriosis. Hazte las siguientes preguntas y contéstalas con sinceridad:

- ¿Cuáles son tus necesidades emocionales?
- ¿Qué te gustaría que ocurriera en tu trabajo o en tu vida que te sustentara plenamente?
- ¿Estás atrapada en alguna clase de competitividad en tu vida? ¿Estás dispuesta a hacer cambios?
- ¿Descansas lo suficiente?
- ¿Crees que tienes el poder de cambiar las condiciones de tu vida?

Aplícate una compresa de aceite de ricino en el bajo vientre por lo menos tres veces a la semana, durante una hora cada vez (instrucciones en p. 192). Presta atención a todos los pensamientos, imágenes y sentimientos que te surjan. Considera la posibilidad de hacer un tratamiento de acupuntura conjuntamente con la toma de hierbas chinas (capítulo 5). Ve a que te hagan un masaje corporal total al menos cada dos semanas durante dos meses. ¿Qué notas después del masaje?

CAMBIO DE DIETA. La endometriosis es una enfermedad sensible al estrógeno; esta hormona intensifica los síntomas. También exacerba los síntomas el exceso de eicosanoides serie 2 (como la prostaglandina F2 alfa, que es la hormona relacionada con los dolores menstruales) y la falta de eicosanoides serie 1, que previenen la inflamación abriendo los vasos sanguíneos, contribuyendo al movimiento de líquido por el cuerpo y mejorando la actividad nerviosa e inmunitaria. Se ha comprobado que las mujeres que sufren de endometriosis tienen niveles más elevados de eicosanoides serie 2 en los quistes endometriales.[19] El objetivo del cambio dietético es reducir la excesiva producción de estrógeno en el cuerpo y los niveles de eicosanoides serie 2. Para equilibrar los eicosanoides, conviene consumir diariamente alimentos ricos en ácidos grasos esenciales (véanse la sección sobre el síndrome premenstrual y el capítulo 17) y eliminar la carne y los productos lácteos, que son demasiado ricos en ácido araquidónico; por motivos que no están totalmente claros, aparte de su vínculo con el ácido araquidónico, eliminar los productos lácteos suele disminuir muchísimo el dolor de la endometriosis. Evita todos los aceites parcialmente hidrogenados, entre ellos la margarina.

Una de mis pacientes llevaba muchos años con endometriosis. Había probado sin éxito el sulfato danocrino y tratamientos quirúrgicos. Pero después de eliminar los productos lácteos de su dieta se libró de los síntomas de la endometriosis y ha continuado así durante 10 años. Hace poco concibió a su primer hijo sin dificultad, aun cuando otro médico le había dicho que probablemente nunca podría quedar embarazada.

Se ha comprobado que las cruciferas, como los diferentes tipos de col, el brécol y los nabos, son alimentos que regulan los niveles de estrógeno. Trata de comer una o dos raciones de estos alimentos diariamente. También van bien los derivados de la soja; come tofu, tempe, salsa de soja y miso con regularidad. Una dieta rica en fibra también puede disminuir el total de estrógeno en circulación. Prueba con 25 g diarios de fibra en forma de cereales integrales, legumbres, arroz integral, verduras y frutas. Advertencia: la mayoría de los cereales secos contienen demasiados hidratos de carbono refinados para justificar su contenido en fibra. Es mejor atenerse a la avena y al trigo triturado.

Toma un buen suplemento de vitaminas y minerales que sea rico en vitaminas B, zinc, selenio, vitamina E y magnesio (de 50 a 100 mg de cada una de las vitaminas B, y de 400 a 800 mg de magnesio). Dian Mills, una nutricionista de Londres y ex administradora de la Sociedad Británica de Endometriosis,

realizó un estudio de suplementos dietéticos, mediante el método de doble ciego, cuyos resultados fueron un 98 por ciento de mejoría de los síntomas entre las mujeres que tomaron los suplementos, en comparación con las del grupo de control. Los suplementos administrados fueron tiamina, riboflavina y piridoxina (100 mg de cada una), citrato de zinc (20 mg) y aminoquelato de magnesio (300 mg).[20]

Es importante dar a estos métodos nutricionales por lo menos dos o tres meses para ver resultados óptimos.

Historias de mujeres

Doris: Aprender de la endometriosis. Doris tenía 41 años cuando vino a verme. Era una profesional muy próspera que pasaba mucho tiempo viajando y trabajando, pero tenía muy poco tiempo para sí misma y sus necesidades personales y emocionales. Sus menstruaciones eran muy abundantes, empeoraban por la noche y a veces le empapaban la sábana. Se quejaba de retención de líquido, hinchazón y fuertes dolores menstruales. Los fibromas habían agrandado su útero al tamaño de 10-12 semanas de embarazo. Tenía un historial de infecundidad, varios abortos espontáneos y un aborto provocado. Una laparoscopia hecha por otro médico había confirmado la presencia de endometriosis además de los fibromas; el ginecólogo pensó que eso estaba relacionado con los abortos espontáneos y le recomendó hacerse una operación porque, según le dijo, continuaría teniendo reglas difíciles y acabaría operándose de todos modos. A ella no le gustó ese diagnóstico y vino a verme para saber qué otras alternativas tenía.

Cuando la examiné la primera vez, tenía muchísima sensibilidad detrás del útero, lo cual es muy común en pacientes de endometriosis. La interrogué acerca de su estilo de vida, su dieta, los abortos espontáneos, el aborto provocado, el ejercicio que hacía y su nivel de estrés. Estuve de acuerdo en que la operación no era algo que fuera necesario considerar en esos momentos y le sugerí varios tratamientos alternativos. Entre ellos estaban eliminar de la dieta los productos lácteos, tomar suplementos vitamínicos, aplicarse compresas de aceite de ricino en el bajo vientre y leer acerca del perfeccionismo, la adicción y los alimentos integrales. Por lo que Doris me había contado de sí misma, me pareció que necesitaba sanar tus sentimientos por los abortos espontáneos y el aborto provocado. Decidió seguir mis sugerencias. Para hacer aflorar sus sentimientos con respecto a su fertilidad, decidió escribirles cartas a esos seres en potencia no nacidos que habían estado en su cuerpo. Después me escribió: «Evidentemente todavía estaban de algún modo en mi mente y habían tomado la forma de fibromas y tal vez de endometriosis en mi cuerpo. Después de escribir esas cartas, me ocurrió la experiencia más increíble. Había estado recordando mis sueños con gran regularidad mediante técnicas de visualización. Una noche, en un sueño, tomé plena conciencia de mi cuerpo y vi cómo de mi útero salían volando miles de palomas blancas. Me invadió una increíble sensación de ligereza y desperté llorando de alegría».

Tres meses después de ese sueño, la examiné y descubrí que muchos de los fibromas habían desaparecido, como también toda esa dolorosa sensibilidad uterina. Los fibromas restantes parecían haberse solidificado en una masa lisa que era categóricamente más pequeña que la que había palpado en el primer examen. Doris ha descubierto que cuando se cuida, hace ejercicio y se dedica a ella misma, se siente fabulosamente y no tiene síntomas pelvianos de ningún tipo. Aunque los fibromas no le han desaparecido totalmente, llevan años sin crecer. Ahora no siente dolor en el examen, una prueba de que su endometriosis está muy inactiva.

Doris aprovechó la sabiduría de su cuerpo para sanar experiencias muy dolorosas por las cuales no se había permitido llorar. Estuvo dispuesta a arriesgarse cambiando su manera de verse en el mundo, un cambio que suele ser necesario si la mujer quiere sanar en el plano más profundo. Esto a veces supone examinar con sinceridad microscópica cómo nos sentimos realmente por el hecho de ser mujeres. También puede suponer reducir las actividades mundanas y crear un equilibrio sano entre nuestro yo interior y nuestro yo exterior.

Tumores fibrosos o miofibromas

Los miofibromas son tumores benignos del útero. Se desarrollan en diversos lugares sobre y dentro de la pared uterina o en la cavidad uterina (véase figura 8). El sistema habitual para calcular el tamaño de un miofibroma es comparar el tamaño del útero con el que tendría en las diversas etapas del embarazo. Así pues, a la mujer se le dirá que tiene un miofibroma del tamaño de 14 semanas si tiene el útero del tama-

ño que tendría si estuviera embarazada de 14 semanas. Los miofibromas están formados por tejido duro, blanco y cartilaginoso de una forma parecida a la de una concha. Están presentes en un 20 a 50 por ciento de todas las mujeres. Una de mis pacientes, que vio la extirpación de su miofibroma por un espejo, ***comentó*** después: «Me sorprendió su apariencia. Me imaginaba que tendría un aspecto caótico y sucio. El miofibroma parece un trozo de plástico de polietileno de alta densidad, ese material con que se hacen las planchas de cortar de cocina».

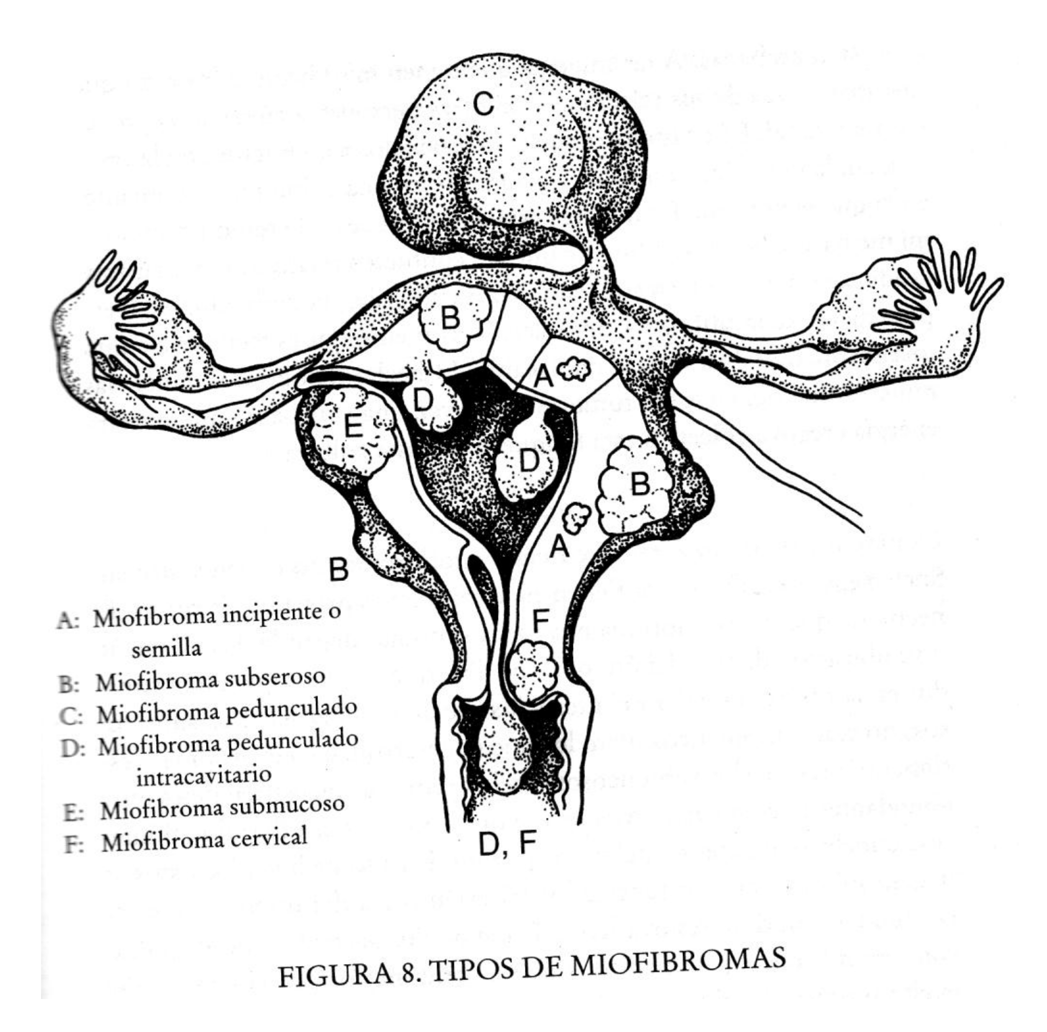


FIGURA 8. TIPOS DE MIOFIBROMAS

Los miofibromas son responsables de hasta un 33 por ciento de todas las admisiones hospitalarias ginecológicas y son el motivo número uno de las histerectomías en Estados Unidos.[21] Son de tres a nueve veces más comunes entre las mujeres negras que en las blancas. Muchas mujeres que los tienen no lo saben hasta que se los descubren en un examen pelviano de rutina. Desde el punto de vista médico convencional, nadie sabe qué los causa.

Caroline Myss explica que los miofibromas representan la creatividad que nunca nació, en la que se cuentan las imágenes «fantásticas» de nosotras mismas que nunca han visto la luz del día y los secretos creativos de nuestros otros «yoes». También se producen cuando estamos desperdiciando energía vital, por ejemplo en trabajos sin futuro o en relaciones que están acabadas. A las mujeres que tienen miofibromas les pido que mediten acerca de sus relaciones con otras personas y en cómo expresan su creatividad. Estos tumores suelen ir asociados a conflictos con la creatividad, la reproducción y las relaciones.[22] En una cultura tan cambiante, en la que el papel de las mujeres está en un proceso de rápido cambio, a mí me parece bastante evidente que los conflictos relativos a la crianza y la educación de los hijos son fenómenos culturales, no individuales. Después de ver su miofibroma, una paciente comentó que es fácil verlo como una forma de rabia, dura e implacable. El hecho de que sean tantas las mujeres que tienen estos tumores es tal vez una prueba de que nuestra energía creativa colectiva está bloqueada en esta cultura.

Síntomas

La mayoría de las mujeres que tienen miofibromas no tienen síntomas. Suelen enterarse de que los tienen en los exámenes pelvianos de rutina. El hecho de que un miofibroma produzca síntomas depende de su tamaño y su ubicación dentro del útero. Es posible que aquellos que están situados en la pared muscular del útero, justo bajo la superficie (los subserosos) no sean sintomáticos. Pero los que se desarrollan en el propio revestimiento uterino (los submucosos) suelen provocar menstruaciones muy abundantes o irregulares. Algunos miofibromas están adheridos al interior e incluso al exterior del útero por un delgado pedúnculo. Estos se llaman miofibromas pedunculados. Si están fuera del útero, a veces se confunden con tumores ováricos. He tenido dos pacientes que «expulsaron» miofibromas pedunculados de seis centímetros por el orificio del cuello uterino. Sencillamente los extirpé, suturándolos y cortándoles el pedúnculo. Ninguna de las dos mujeres tuvieron más problemas.

Las mujeres que tienen miofibromas y endometriosis podrían experimentar dolores menstruales, dolor pelviano o ambas cosas. La mayoría de los miofibromas se pueden tratar de modo conservador, dejándolos en paz y haciendo un examen más o menos cada seis meses para controlar su crecimiento.

HEMORRAGIAS. Algunas mujeres afectadas por miofibromas tienen reglas muy abundantes que son causa de anemia y cansancio e incluso les impiden salir de casa durante los días de mayor flujo. Si los miofibromas crecen rápido, si las hormonas de la mujer están cambiando (lo que es común alrededor de la época de la menopausia) o si ha estado muy estresada, incluso pueden sangrarle esos miofibromas uterinos. Algunas mujeres se acostumbran tanto a perder esas enormes cantidades de sangre una vez al mes, que ni siquiera saben cómo sería tener un flujo normal.

Los miofibromas pueden ser causa de mucha hemorragia porque el útero tiene una irrigación sanguínea muy rica. Si el miofibroma es submucoso, es decir, si está situado justo debajo del revestimiento uterino, al cuerpo le resulta particularmente difícil arreglárselas con el mecanismo normal que detiene el flujo menstrual. El flujo menstrual se detiene en parte por la contracción muscular del útero; los miofibromas pueden obstaculizar este mecanismo. En los casos de hemorragia anormal, es necesaria una biopsia del endometrio (sacar una muestra de tejido del interior del útero) o a veces un legrado con dilatación, para asegurarse de que la hemorragia está causada por miofibromas y no por cáncer. Esto vale especialmente en aquellas mujeres que sangran a intervalos irregulares durante el mes.

DEGENERACIÓN DEL MIOFIBROMA. Un miofibroma puede comenzar a degenerar después de un rápido crecimiento. Esto puede ocurrir, por ejemplo, durante un periodo de tiempo muy estresante o emocionalmente difícil, durante la menopausia o durante más o menos el año anterior a la menopausia. La degeneración puede ocurrir si el miofibroma crece tanto que no tiene irrigación sanguínea. Cuando esto ocurre, el centro del miofibroma queda desprovisto del oxígeno que aporta la sangre, y los nervios interiores de este tejido experimentan esta falta de oxígeno como dolor, igual que el dolor de los dedos de los pies cuando se congelan. Este dolor puede ser molesto, pero no se trata de nada grave. La degeneración del centro del miofibroma suele ser causa de la reducción de su tamaño, y a veces un miofibroma degenera totalmente y desaparece. Si el miofibroma se reduce o desaparece, el dolor suele remitir del todo al cabo de más o menos una semana, cuando los nervios se adaptan.

OPRESIÓN PELVIANA Y MICCIONES FRECUENTES. A veces la posición de un miofibroma produce síntomas porque oprime otro órgano, como el recto o la vejiga. Entonces es posible que se sienta una opresión o una sensación de plenitud en el recto, la parte inferior de la espalda o el abdomen. Si el miofibroma está en la parte anterior del útero o relativamente bajo, la presión sobre la vejiga puede disminuir la capacidad de esta para retener la orina, lo cual aumenta la frecuencia de las micciones, que son menos abundantes. Estos síntomas son molestos, pero no son dañinos para el cuerpo en general. Nunca he visto que un miofibroma benigno dañe a un órgano contiguo. Un ocasional miofibroma muy grande puede bloquear parcialmente el uréter (el tubo que va desde el riñón a la vejiga) cuando la mujer está acostada. Ni los urólogos ni los ginecólogos sabemos con seguridad si esta situación puede finalmente causar problemas renales. La mayoría de las mujeres que tienen miofibromas lo suficientemente grandes para producir presión en el uréter prefieren que se las opere. Varias de mis pacientes, sin embargo, están muy

bien sin cirugía, y sus riñones funcionan a la perfección. Una de estas mujeres, que lleva por lo menos diez años con un útero muy grande por causa de miofibromas, y a la que de vez en cuando estos le han bloqueado el uréter, acaba de pasar la menopausia. Ahora se le están reduciendo rápidamente los miofibromas.

Preguntas corrientes

¿CÓMO SÉ SI TENGO UN MIOFIBROMA? Cuando palpo miofibromas en una paciente por primera vez, le hago un examen por ultrasonido para medirlos y comprobar el estado de los ovarios. En un examen pelviano es imposible a veces distinguir entre un tumor ovárico y un miofibroma uterino.

¿PUEDEN SER CANCEROSOS LOS MIOFIBROMAS? Casi nunca son cancerosos. Menos del uno por mil se convierte en sarcoma uterino, que es un tipo de cáncer muy excepcional del músculo uterino. Sin embargo, la única manera de saberlo con certeza es extirparlos y examinarlos al microscopio. Dado que la tasa de mortalidad por histerectomía es del uno por mil, el riesgo de la intervención quirúrgica es mayor que el riesgo de que el miofibroma sea maligno.

El problema más común de los miofibromas es su tendencia a crecer y causar hemorragia. Pero como ocurre en muchas mujeres con las que he trabajado, si se tratan las formas de energía subyacentes, las cuestiones vitales, los conflictos y los problemas emocionales relacionados con los miofibromas, normalmente no crecen ni causan problemas.

¿SON GENÉTICOS LOS MIOFIBROMAS? LOS miofibromas suelen venir de familia. Una de mis pacientes me contó que todas las mujeres de su familia, en tres generaciones, han tenido miofibromas. Ella planea ser la primera mujer de su tribu que llega a la menopausia con su útero intacto. Ha cambiado de dieta y ahora está totalmente libre de síntomas.

Tal como ocurre cuando hay un marcado historial de alcoholismo en la familia, cuando hay un marcado historial de miofibromas en la familia, la mujer se encuentra ante un sistema de creencias familiar del que es muy difícil liberarse. Una vez leí un artículo sobre el cáncer ovárico de familia titulado «Mi madre, mis células», en el cual la autora expresaba su problema por haber «heredado» la propensión a una enfermedad que la aterraba y sobre la cual le parecía no tener ningún control.

En este país tendemos a creer que una predisposición genética es una «sentencia» inevitable de que vamos a contraer la enfermedad. Sin embargo, los factores ambientales tienen un inmenso papel en si se manifiesta o no la enfermedad. Por ejemplo, algunas personas que tienen el gen de la fibrosis quística prácticamente no manifiestan ningún signo de la enfermedad y llegan muy bien a los cincuenta y más. Algunas mujeres que tienen marcados historiales de cáncer de mama en su familia jamás contraen la enfermedad.

Mujeres en cuya familia hay un marcado historial de miofibromas, quistes ováricos o endometriosis han tenido estos trastornos, pero han sanado de ellos. Una paciente mía resumía así una parte necesaria de su sanación: «Finalmente he comprendido que no soy mi madre. No tengo por qué vivir su vida en mi cuerpo». En las familias en las cuales hay una enfermedad genética, deberíamos estudiar a aquellos miembros que «no» contraen la enfermedad. Lo más probable es que sean personas que rompieron ese molde familiar, justamente aquellas que no han vivido para estar a la altura de las expectativas familiares a nivel celular o cualquier otro.

¿Van A AFECTAR A MI EMBARAZO LOS MIOFIBROMAS? Durante el embarazo, los niveles de hormonas son muy elevados y los miofibromas preexistentes pueden crecer rápidamente. Si comienzan a degenerar, pueden a veces provocar contracciones uterinas que inducirían un parto prematuro. Pero esto no ocurre con todos los miofibromas. He visto a mujeres con miofibromas de tamaño de 14 semanas quedarse embarazadas, llegar a término y dar a luz sin ningún problema.

Una mujer de 29 años vino a verme, ya embarazada de 12 semanas y con un miofibroma grande en la parte posterior del útero. El embarazo no había sido planeado, pero ella estaba entusiasmada. Su médico le había dicho que tenía que abortar y hacerse extirpar el miofibroma antes de volver a concebir.

Le dijo que probablemente el miofibroma sería causa de un parto demasiado prematuro para que el bebé pudiera vivir. Muy consternada por el dilema, decidió que necesitaba a un médico que estuviera dispuesto a seguir con el embarazo sabiendo que podría haber un problema, pero a la vez abierto a la posibilidad de que todo fuese bien. El embarazo continuó normalmente, y llegó a término sin dolor, hemorragias ni parto prematuro. Dio a luz a una niña que pesó 3,264 kg, después de un proceso de parto de ocho horas. El miofibroma se le había reducido a un tamaño de 8 semanas cuando vino a mi consulta para el control posparto, al cabo de seis semanas.

Los miofibromas pueden ser causa de aborto espontáneo e incluso de infecundidad, sobre todo si han deformado mucho la cavidad uterina. Al parecer, que haya problemas depende de la situación del miofibroma dentro del útero y de lo cerca que esté del bebé en desarrollo y la placenta. Una ecografía o una histerosalpingografía (radiografía del útero y las trompas previa inyección de una substancia opaca), como también una exploración por resonancia magnética nuclear, puede dar una idea de la ubicación del miofibroma antes del embarazo.

Algunas embarazadas tienen miofibromas que comienzan a degenerar. Son hospitalizadas para observación mientras descansan en cama con analgésicos. Generalmente los miofibromas no causan daño al bebé en desarrollo, a no ser que produzcan tanta irritabilidad uterina que el útero comience a contraerse y provoque un parto prematuro. No hay ninguna garantía de que no haya problemas con los miofibromas durante el embarazo, porque todo el útero crece, incluida la pared con miofibromas. Cuanto más lejos de la cavidad uterina esté situado el miofibroma, menos probabilidades hay de que la mujer tenga problemas. Algunos médicos están dispuestos a adoptar la actitud de esperar y ver en los casos de miofibromas y embarazo, y sugieren a la mujer que trate de quedarse embarazada y se verá qué ocurre. Otros le sugieren la extirpación de los miofibromas antes de intentar quedarse embarazada.

¿Crecen los miofibromas? ¿Desaparecen? A muchas mujeres que tienen miofibromas se les dice que deberían hacerse la histerectomía cuando son relativamente pequeños para que no sea necesaria después, cuando sería más complicada y arriesgada si los miofibromas crecieran. Los estudios han demostrado que hay poca o ninguna justificación para hacer eso.[23] Los miofibromas sí crecen a veces, pero no siempre. Tienden a crecer con bastante rapidez durante los años anteriores a la menopausia, cuando hay grandes oscilaciones en los niveles hormonales, y después se reducen drásticamente pasada la menopausia. Una de mis pacientes perimenopáusicas, o «casi menopáusicas», de 49 años, a la que he seguido durante más de diez años, nota fácilmente los miofibromas a través de la pared abdominal presionando con los dedos. Dice que sus miofibromas crecen hasta llegar al ombligo justo antes de la menstruación, y tres días después de finalizar la regla, se reducen y se quedan justo por encima del hueso púbico. Los miofibromas suelen cambiar de tamaño durante cada ciclo menstrual, llegando al máximo durante la ovulación y antes del comienzo de la menstruación. También pueden crecer durante los periodos de estrés. Un médico u otro terapeuta cualificado puede seguir la evolución de los miofibromas con un examen cada seis meses más o menos. No hay ningún motivo para apresurarse a operar, a no ser que haya repetidos episodios de fuerte hemorragia que no se puede controlar con tratamientos hormonales u otras medidas.

A veces los miofibromas desaparecen totalmente. Hace poco conocí a una mujer religiosa que tenía programada una histerectomía a causa de miofibromas. Oró por ellos diariamente. Seis semanas después, cuando volvió a su médico, los miofibromas habían desaparecido y no fue necesaria la operación.

Una de mis pacientes, Persis, de 43 años, que es música y terapeuta musical, vino a verme por primera vez con un miofibroma del tamaño de 4-5 meses de embarazo. Después de dos años de estricta dieta, trabajo interior reflexivo, masajes y sonido terapéutico, su gran útero casi recuperó el tamaño normal.[24] Rara vez veo reducirse tanto un miofibroma. Esta reducción no se debió a la menopausia. Todavía tiene menstruaciones normales. He aquí su historia:

> Durante el verano de 1988 me diagnosticaron endometriosis y un miofibroma del tamaño de un pomelo. Los años anteriores había tenido terribles dolores, cada vez mayores, que casi me hacían perder el conocimiento mientras conducía. Estaba acostumbrada a tener dolores durante dos semanas y a recuperarme en las dos semanas siguientes. Me aterraba tener la regla.

El médico que me atendía en ese tiempo me explicó todas las alternativas para corregir el problema. Su predilecta era la histerectomía: «En todo caso, a su edad ya no necesita el útero», me decía. Después estaba la terapia hormonal para detener las regías durante uno o dos años: «Se le va a enronquecer la voz y va a perder el deseo sexual». Y la última oferta que me hizo fue que podía continuar con los dolores y reglas hasta que me llegara la menopausia.

Puesto que yo quería conservar mi cuerpo entero, no me hacía ninguna gracia la idea de perder mi feminidad con la terapia hormonal, y no podía soportar el dolor, busqué otro tratamiento. Me comprometí con mi vida. Acepté la responsabilidad de cuidar de mí misma. Acepté la amorosa ayuda de los demás; comencé un régimen muy estricto de dieta macrobiótica, baños de asiento, ejercicio y meditación. Al mirar hacia atrás, no sé cómo metí todo eso en mi ajetreada vida. Lo que sí sé es que ahora soy otra persona.

También comencé a explorar suavemente los motivos ocultos de mis «problemas femeninos». Acepté mi naturaleza codependiente y empecé a abrirme a la pena de mi infancia y mi juventud. Mi dolor de vientre era una culminación de una vida de dolores. Sabía que quitarme el útero no «arreglaría» los demás dolores de mi vida.

Ahora tengo poco dolor y me siento extraordinariamente bien. Estoy y siempre estaré en proceso durante toda mi vida. Gracias a la meditación y a la aplicación del sonido sanador en mí misma, he renovado mi fe interior. Acepto mi vida y mi capacidad de sanarme a mí misma y de ayudar a sanar a otras personas. Lo que hago por los demás, lo hago también por mí.

Si me opero, ¿volverán a CRECER los miofibromas? En esto hay que individualizar la respuesta. En general, no es probable que le vuelvan a crecer los miofibromas a la mujer que está a cinco años de la menopausia cuando se los extirpan, porque sus niveles de estrógeno van a disminuir de forma natural. A veces hay muchos miofibromas diminutos en la pared uterina. Puede ser difícil quitarlos todos en el momento de la operación. Si no se ha cambiado la forma de energía subyacente, los problemas emocionales o los niveles hormonales asociados con los miofibromas, esos llamados «miofibromas incipientes» pueden comenzar a crecer. Las mujeres que cambian drásticamente su dieta disminuyen la posibilidad de que los miofibromas vuelvan a desarrollarse. Los miofibromas de la mayoría de mis pacientes no vuelven a crecer ni empeoran. Yo creo que esto se debe a que el tipo de mujer que acude a mí está dispuesta a hacer el arduo trabajo de atender realmente al mensaje que se oculta detrás del problema. Yo recomiendo cambio de dieta, trabajo corporal y otros métodos alternativos, incluso a aquellas mujeres que eligen la intervención quirúrgica. Esta sola no va a cambiar la pauta fundamental de su cuerpo que estimula el crecimiento de los miofibromas. Es esencial escuchar lo que nuestro cuerpo trata de enseñarnos.

Tratamiento

En ningún momento hago recomendaciones dictatoriales sobre lo que cualquiera de mis pacientes deba hacer con su útero. No hay nada correcto ni equivocado. Lo que hago es ofrecerles maneras de pensar acerca de su útero, sus ovarios y su cuerpo, para que cuando necesiten tomar una decisión sobre hormonas, fármacos o cirugía, sepan cuál es su verdad personal respecto a esos órganos. Actualmente hay más tratamientos que nunca para los miofibromas. Una vez que la mujer ha reunido información acerca de todos ellos, puede sintonizar con su guía interior para elegir el que más le convenga.

Para muchas mujeres, el solo hecho de saber que tienen elección es un gran alivio. Para algunas, por ejemplo, la intervención quirúrgica significa aún más maltrato, cuando no pueden elegir libremente hacérsela. Las supervivientes de abusos sexuales me dicen a veces que la sola idea de un procedimiento invasor en su cuerpo, particularmente de naturaleza ginecológica, les parece una violación. Evidentemente, en estos casos conviene probar con modalidades alternativas de tratamiento, en lugar de activar nuevamente el ciclo de abuso.

A continuación explico diferentes métodos de tratamiento para problemas del útero, con algunos casos ilustrativos, que demuestran que no existe una sola manera correcta de tratar los problemas uterinos. Cada una de estas mujeres necesitaba ayuda para síntomas bastante claros y corrientes, y cada una eligió un tratamiento distinto; sólo una optó por la histerectomía. Cada una pudo organizar un tratamiento que respetara su elección individual. Usada conscientemente en un tratamiento individualizado, la tecnología médica puede ser una importante ayuda en la sanación de la vida de una mujer. Afirmar que la histerectomía es siempre la elección equivocada o inferior es una actitud tan dualista y dañina como afirmar que todos los remedios naturales son charlatanería. En ninguno de estos casos trato los problemas concretos psíquicos y emocionales conectados con la «energía bloqueada en la pelvis». No

todas las mujeres están abiertas o preparadas para explorar sus problemas profundos, y yo respeto su decisión de esperar el momento oportuno.

TRATAMIENTO CONSERVADOR: OBSERVAR Y ESPERAR. Si los miofibromas no causan ningún problema, recomiendo un examen pelviano cada seis meses o un año, según sea la situación. También pido inicialmente una ecografía (un examen por ultrasonido) para estar segura de que se trata de un miofibroma y no de un quiste o un tumor ovárico. Se pueden pedir ecografías para medir el tamaño del miofibroma y comprobar el estado de los ovarios. Al tratamiento conservador se lo llama en ocasiones «negligencia benigna». A veces es la mejor terapia.

HISTERECTOMÍA. La histerectomía es probablemente la opción que más corrientemente se ofrece a las estadounidenses que tienen miofibromas. Esta opción suele elegirse cuando la mujer lleva meses e incluso años sangrando, está anémica por la pérdida de sangre, tiene un abdomen que parece de embarazada, no puede salir de casa por temor a mancharse la ropa, y tiene micciones frecuentes por la presión de un miofibroma sobre la vejiga.

Según han demostrado los estudios, una histerectomía puede mejorar la calidad de vida de la mujer si se le han ofrecido otras opciones alternativas a la operación.[25] Sin embargo, si una mujer se hace una operación para la cual no está preparada, sin explorar adecuadamente las alternativas, los resultados pueden ser aniquiladores. Con los años he llegado a comprender que las mujeres que consideran muchísimo sus opciones antes de decidirse por la operación se sienten mucho más felices por el resultado. (Sobre cómo prepararse para la operación y el proceso de recuperación, véase el capítulo 16.) Desgraciadamente, en medicina suele haber una tendencia a crear una situación de crisis y precipitarse. A veces a una mujer que sólo ha tenido un episodio de fuerte hemorragia con un miofibroma, se le dice que se someta a una histerectomía lo más pronto posible. Dado su temor y la sensación de ser presionada por el médico o la familia, ella lo hace cuando debería haber esperado. Creo que las mujeres que lamentan sus decisiones después, suelen ser las que creyeron que no tenían otra alternativa aparte de la intervención quirúrgica, que suele ser una histerectomía. Antes de embarcarse en cualquier tratamiento, la mujer debe tomarse tiempo para reunir toda la información necesaria y sopesar todas las opciones.

Fran, profesora y madre de una hija, vino a verme a los 42 años. Durante los seis meses anteriores había tenido hemorragias entre las reglas, dolores menstruales cada vez más intensos y cierto dolor durante el acto sexual. Cuando la examiné, le encontré un miofibroma del tamaño de un pomelo grande (de unos 11 centímetros de diámetro). Hacía años que yo conocía a Fran, y la había asistido en el parto de su hija. Durante el día viajaba a muchas escuelas diferentes y siempre le había resultado difícil seguir una dieta sana. Tenía bastante sobrepeso y estaba casada con un hombre que detestaba su trabajo y estaba algo deprimido. Dada su situación, el tratamiento elegido fue la histerectomía con preservación de los ovarios. Ella sabía que aunque yo podía extirparle el miofibroma y dejarle el útero intacto, eso no le garantizaría quedar libre de los dolores y las menstruaciones irregulares.

A Fran no le interesó tomarse un tiempo para probar modalidades alternativas de tratamiento; tampoco le interesó enterarse de lo que podría querer decirle su miofibroma. La idea de librarse de las reglas, de los dolores y del temor a quedar embarazada le resultó atractiva. Se le hizo la operación, sin complicaciones, y al mes ya había vuelto a su rutina normal. Jamás ha lamentado su decisión. Fran es un buen ejemplo de una mujer que sabía que tenía opciones y que tenía clara su elección.

Antes de practicar una histerectomía, o cualquier otra intervención quirúrgica, siempre le explico a la mujer que la extirpación del órgano puede cambiar la experiencia que tiene de su cuerpo. Es necesario realizar muchos más estudios sobre los efectos de la histerectomía en la salud física, emocional y psíquica y en la imagen corporal de la mujer.

RESPUESTA SEXUAL DESPUÉS DE LA HISTERECTOMÍA. Alrededor de la mitad de las mujeres a las que se les han extirpado los ovarios (operación que muchas veces acompaña a la histerectomía), sea cual sea su edad, experimentan una insuficiencia de testosterona, de forma bastante repentina, debido a la falta total de producción de esta hormona por los ovarios, y la subsiguiente reducción de andrógenos adrenales.[26] En general, la incidencia de disfunción sexual después de la histerectomía está entre el 10 y el 40 por ciento de las mujeres. En estudios realizados en el Reino Unido, entre el 33 y el 46 por ciento de las mujeres han

dicho tener una menor respuesta sexual después de una ooforohisterectomía (extirpación de los ovarios y el útero).[27] Pero en el Estudio de la Salud de las Mujeres realizado en Maine en 1994, los resultados no dieron un índice tan elevado.[28]

Aunque en realidad algunas mujeres dijeron experimentar una mayor respuesta sexual después de la histerectomía, ciertamente esto no les ocurre a la mayoría. Los médicos no han prestado suficiente atención a la conexión entre la histerectomía y la respuesta sexual, y estos cambios en la respuesta sexual o pérdida de interés en la actividad sexual los han considerado psicogénicos, es decir, que «todo está en la cabeza». La teoría psicogénica se basa en la suposición patriarcal de que los ovarios, el cuello uterino y el útero tienen poca conexión con la libido y no son esenciales para la satisfacción sexual. A esa mentalidad patriarcal le gusta divorciar el cuerpo de la mente y piensa que el cerebro es la fuente de nuestras inclinaciones primarias, nuestros pensamientos y nuestros sentimientos. Dado que esta forma de pensar denigra el cuerpo femenino y nuestros órganos, no es sorprendente que considere que el origen de la libido es principalmente psíquico. Una paciente que vino a verme para una segunda opinión me contó que su médico le había preguntado por qué estaba tan apegada a sus ovarios (quería extirpárselos cuando le hiciera la histerectomía); para hacérnoslo entender ella le preguntó por qué él estaba tan apegado a sus testículos. Como sabemos la mayoría de las mujeres, la mente y el cuerpo son una unidad. En palabras sencillas, si la mujer se siente positivamente conectada con sus órganos sexuales, su extirpación va a afectar a su vida sexual.

Ahora sabemos que la menor respuesta sexual en algunas mujeres después de una ooforohisterectomía tiene una base fisiológica. Los investigadores saben que la pérdida de la hormona androgénica que acompaña a la extirpación de los ovarios es un factor importante en la pérdida de libido que sigue a la operación. Aun en el caso de que queden intactos los ovarios, algunas mujeres experimentan el orgasmo de modo distinto después de la histerectomía, probablemente debido a que el cuello uterino y el útero actúan a modo de punto desencadenante del orgasmo. Para estas mujeres, las contracciones intensas y rítmicas del útero son una parte muy satisfactoria del orgasmo. Cuando ya no está el útero, a veces tienen la experiencia de esa pérdida como una disminución de la intensidad orgásmica. Es posible que las mujeres que experimentan el orgasmo principalmente por estimulación del clítoris no tengan esa misma experiencia. Por otra parte, en las mujeres que han experimentado dolor en el acto sexual durante años o que han tenido dolor pelviano por problemas uterinos u ováricos, la histerectomía puede mejorar enormemente la calidad de su experiencia sexual y la de su vida en general.

Las mujeres que sufren de pérdida del deseo sexual o pérdida general de energía después de la histerectomía deberán hacerse comprobar los niveles de estrógeno, testosterona y deshidroepiandrosterona, ***y*** luego usar hormonas naturales para normalizar esos niveles. Yo hago hacer el análisis de hormonas de la saliva, que no precisa de extracción de sangre. Según mi experiencia, el mejor tratamiento hormonal sustitutivo es el de testosterona natural en crema para la piel. La dosis habitual es de 1 a 2 mg cada día o en días alternos. La crema debe recetarla un médico y prepararla un farmacéutico especializado en fórmulas. A algunas mujeres, pero no a todas, les va bien la deshidroepiandrosterona; la dosis habitual es de 5 a 10 mg una o dos veces al día. Unas pocas mujeres se sienten mejor con 25 a 50 mg diarios.

*Menopausia***.** La extirpación del útero solo no produce necesariamente niveles hormonales menopáusicos en la mujer que todavía ovula; sí produce siempre el cese de la menstruación. De todas formas, aunque no se extirpen los ovarios, la histerectomía altera su irrigación sanguínea; esto podría ser causa de menopausia prematura. Según un estudio, fue lo que les ocurrió aproximadamente al 50 por ciento de las mujeres estudiadas.[29] (Muchas mujeres dicen tener sofocos durante varios meses después de la histerectomía, incluso cuando les han dejado los ovarios. Lo mismo puede ocurrir después de extirpar un solo ovario y nada más. A veces un ovario tarda un tiempo en restablecer su funcionamiento después de la operación, o en asumir la función de los dos.) Hay algunas pruebas de que a las mujeres que se han hecho histerectomía les comienza antes la Osteoporosis, incluso cuando les han dejado los ovarios. Y desde luego, cualquier cosa que debilite la función de los ovarios de un modo u otro puede dar como resultado una disminución de la libido.

Problemas urinarios. Las mujeres que se han sometido a una histerectomía son más propensas a desarrollar una incontinencia urinaria por esfuerzo en años posteriores. El motivo es que los nervios de la vejiga están muy cerca del útero y algunas de las fibras nerviosas pueden ser dañadas durante la histerectomía.[30]

Enfermedad cardiaca. Algunos estudios han comprobado que la extirpación de los ovarios anterior a la menopausia natural (la edad promedio para la menopausia es de 52 años) puede tener un efecto adverso en el sistema cardiovascular. Dado que los ovarios continúan aportando hormonas después de la menopausia, es posible que su extirpación produzca efectos adversos, incluso después de la menopausia.[31]

MIOMECTOMÍA (EXTIRPACIÓN DE LOS MIOFIBROMAS). La miomectomía es una intervención quirúrgica por la cual se extirpan los miofibromas, pero el útero queda en su lugar, reparado. Los avances en las técnicas quirúrgicas de los diez últimos años han hecho de esto una agradable opción para las mujeres que desean conservar intactos sus órganos pelvianos o tener hijos.

Muchas de mis pacientes eligen hacerse miomectomías incluso después de haber eliminado todos los síntomas mediante cambios dietéticos; la presencia de un miofibroma podría abultar el abdomen, lo cual afecta a la apariencia de la mujer y el modo de sentirse consigo misma. Cada vez son más las miomectomías que se realizan mediante laparoscopio (un instrumento telescópico que se inserta en la cavidad pelviana a través de la pared abdominal *y* hace innecesaria una incisión abdominal grande). Esta operación suele reservarse para los miofibromas de 6 cm o más pequeños, pero eso depende del cirujano. Muchos médicos recetan primero un fármaco agonista de las hormonas liberadoras de gonadotropina para reducir los miofibromas y hacer más fácil su extirpación. Cuanto más pequeño es el miofibroma, mayores son las posibilidades de extirparlo mediante el laparoscopio.

Gloria tenía 45 años cuando vino a verme por primera vez; tenía dos hijos y su marido se había hecho una vasectomía. Su problema era un miofibroma uterino grande que le oprimía la vejiga, produciéndole micciones frecuentes que la obligaban a levantarse muchas veces por la noche; tenía menstruaciones regulares y no sentía ningún dolor. Su ginecólogo le recomendó una histerectomía, pero a ella eso le pareció una opción demasiado drástica; optó por la miomectomía, pero su ginecólogo no aceptó esta operación «debido a su edad», una actitud llena de prejuicios por su parte. Como muchos ginecólogos de formación tradicional, pensaba que el útero de Gloria era inútil, ya que tenía más de 40 años y no quería tener más hijos. La miomectomía que finalmente se hizo la alivió totalmente de sus síntomas urinarios, y ahora puede dormir toda la noche de un tirón. Se siente muy feliz de haber conservado su útero.

Cuando la posición o el tamaño de un miofibroma hace problemático tener hijos, la miomectomía es una buena opción. Antes de practicarles la miomectomía, a muchas mujeres les dicen que una vez que estén en el quirófano, el cirujano podría encontrar necesario convertir la operación en una histerectomía. Yo no he visto ningún caso en que esto fuera necesario. Claro que he tratado principalmente con una población de pacientes sanas y trabajo con otros cirujanos expertos. En general, las miomectomías las realizan mejor los ginecólogos especializados en cirugía para tratar la infertilidad; este tipo de cirugía se centra en reparar la pelvis, no en extirpar órganos.

TERAPIA HORMONAL: PROGESTINA SINTÉTICA O PROGESTERONA NATURAL. A las mujeres cuyo principal síntoma es la hemorragia, suelo ofrecerles un tratamiento con progestina sintética o progesterona natural, para impedir que el revestimiento del útero se engrose demasiado. En muchos casos, esta terapia resulta muy buena para controlar la hemorragia y es mucho más benigna que una operación abdominal importante. La progesterona o la progestina son opciones para mujeres que no pueden cambiar de dieta o para aquellas cuyos síntomas no se han aliviado con el cambio de dieta. Algunas mujeres se deprimen mientras están tomando progestina sintética; otras se sienten hinchadas, con síntomas premenstruales o dolores de cabeza. Mi modo de recetar esta hormona varía según la mujer. Dado que la situación de cada mujer es diferente, es necesario individualizar su tratamiento médico.

FÁRMACOS AGONISTAS DE LAS GnRH (HORMONAS LIBERADORAS DE GONADOTROPINA) (véase más arriba pp. 220-221). Estos fármacos (como el Lupron y el Synarel) son hormonas sintéticas que inducen a la glándula pituitaria a detener la actividad de los ovarios. Después de un mes de tomarlos, se crea una menopausia artificial. Bajan mucho los niveles de estrógeno y cesan las menstruaciones. Se detiene la

estimulación cíclica del tejido fibroso, y en muchos casos los miofibromas reducen su tamaño. Los fármacos agonistas de las GnRH se usan actualmente en casos muy determinados para reducir los miofibromas antes de operar o para reducirlos lo suficiente para que no sea necesario operar. Algunos médicos recetan estos fármacos para mantener asintomáticos los miofibromas hasta que la mujer llegue a la edad de la menopausia, en cuyo momento se reducen de un modo natural; de esta manera la mujer puede evitar la intervención quirúrgica. Estos medicamentos tardan unos tres meses en producir su efecto máximo, pero la mayoría de las mujeres sólo los necesitan dos meses para reducir los miofibromas lo suficiente para que se pueda realizar la miomectomía. No todas las mujeres obtienen el mismo resultado, porque no todos los miofibromas se generan de la misma manera.[32]

Como ya he dicho, los fármacos agonistas de las GnRH son muy caros, casi 400 dólares [unas 60.000 pesetas] al mes, y no se recomienda tomarlos más de seis meses. Una vez que se deja de tomar el medicamento, los miofibromas vuelven a crecer rápidamente a no ser que la mujer entre en la menopausia de modo natural durante el tiempo en que ha estado tomándolo.

Muchas de mis pacientes, comprensiblemente, dudan mucho en tomar estas hormonas sintéticas porque son relativamente nuevas. Muchísimas de ellas recuerdan que el dietilestilbestrol se usó con entusiasmo durante varias décadas para prevenir el aborto espontáneo. Después este fármaco se relacionó con ciertos cánceres vaginales raros y otras anormalidades del tracto genital en las hijas (e incluso los hijos) de las mujeres que lo tomaron. Habiendo dicho esto, está claro que los fármacos agonistas de las GnRH tienen su lugar en el tratamiento de los miofibromas. Los estudios actuales se dirigen a la forma de usarlos para reducir los miofibromas mientras a la vez se administran suficientes hormonas que disminuyan sus efectos secundarios menopáusicos sin comprometer su eficacia. Este método podría salvar a algunas mujeres de someterse a histerectomías perimenopáusicas.

Ablación endometrial por histeroscopia. Christine llevaba años con menstruaciones muy abundantes; tenía que usar dos tampones súper además de una compresa. A veces necesitaba cambiárselos cada media hora durante el segundo día de regla, lo cual le hacía muy difícil viajar e incluso salir de casa para hacer la compra. Los mínimos cambios de dieta que hizo no le dieron resultado. Otros exámenes revelaron que tenía múltiples miofibromas muy pequeños en la pared uterina.

Christine quería por encima de todo evitar la histerectomía, de modo que probamos con la terapia de progestina sintética, las dos últimas semanas de cada mes durante tres meses.[33] Aun cuando este tratamiento casi siempre disminuye la hemorragia, en su caso no resultó. Tampoco dio resultado un legrado con dilatación. La envié a un médico que realiza una operación llamada «ablación endometrial mediante histeroscopia». La histeroscopia es una técnica quirúrgica en la que se puede visualizar y operar el revestimiento del útero introduciendo una sonda por el cuello del útero desde la vagina. A veces los cirujanos expertos en esta técnica pueden extirpar de esta manera los miofibromas submucosos. Esta operación, que se realiza con anestesia general en el quirófano, cauteriza y elimina el revestimiento endometrial, que es la parte del útero que sangra cada mes. Cuando resulta, cesan las reglas o se vuelven muy ligeras. A Christine le dio un resultado maravilloso. En lugar de pasar un mes en recuperación de la extirpación de útero, entró en el hospital el día de la operación y salió al siguiente. Aunque este tipo de cirugía no es apropiada para todas las mujeres, es una opción fabulosa para algunas. En algunos casos no se puede hacer, según sea la posición de los miofibromas.[34]

Después de la menopausia: Tratamiento hormonal de la naturaleza. Los miofibromas suelen reducirse espectacularmente una vez que la mujer llega a la menopausia (generalmente entre los 50 y los 52 años). Con frecuencia, las mujeres que tienen miofibromas sólo experimentan síntomas entre los 45 y los 50 años, la edad en que más suele practicarse la histerectomía. Si la mujer lo prefiere, se puede evitar esta operación manteniendo los miofibromas en un tamaño razonable hasta que se reduzcan de modo natural durante la menopausia. Esto se puede conseguir mediante una combinación de cambio dietético, compresas de aceite de ricino, terapia con progestina y reducción del estrés.

Bea, una profesora soltera y sin hijos, vino a verme por primera vez en 1984; tenía un miofibroma uterino y un historial de fuerte hemorragia que le duraba entre 12 y 18 horas en cada ciclo menstrual. Debido a la anemia causada por la pérdida de sangre, tomaba hierro. El miofibroma era submucoso, es decir, del tipo que afecta al revestimiento endometrial y que suele ir acompañado por fuertes hemorra-

gias. Había comenzado una dieta macrobiótica, pero continuaba sangrando bastante cada mes. Tomaba hierro, con lo cual mantenía el nivel de este mineral no demasiado bajo. En el primer examen que le hice, tenía el útero de un tamaño de 12-14 semanas. Pasados seis meses se había reducido a un tamaño de 8-10 semanas, lo que yo atribuí a la dieta. Varios meses después de comenzar la dieta, inició un tratamiento con un masaje de shiatsu semanal. Ella piensa que el shiatsu le fue más beneficioso que la dieta.[35] Durante los ocho años siguientes, según lo bien que siguiera la dieta, el tamaño del útero le variaba entre 10 y 20 semanas; esto le ocurrió justo antes de la menopausia. Yo le recordaba una y otra vez que la miomectomía y la histerectomía eran opciones que podía elegir en cualquier momento, pero a ella sencillamente le desagradaba la idea de operarse. Durante los tres a cuatro años anteriores a la menopausia, periodo en que los niveles de estrógeno suben y bajan de modo irregular, le fue necesaria una terapia con progestina, para controlar las hemorragias. De vez en cuando las reglas eran tan abundantes que su familia se asustaba. Pero a pesar de eso, evitó operarse y poco a poco entró en la menopausia. Ahora el miofibroma se le está reduciendo con bastante rapidez: pasó de un tamaño de 20 semanas a uno de 14 en sólo una semana. A lo largo de la década en que atendí a Bea, continuó con su método dietético y firme en su decisión de evitar la operación.[36] Ahora está entrando en la menopausia y lamentando la pérdida de sus menstruaciones.

Después de la menopausia, cualquier terapia hormonal sustitutiva podría, en teoría, hacer volver a crecer los miofibromas, pero en general las bajas dosis de hormonas que se emplean en estas terapias no causan problemas.

CAMBIO DIETÉTICO. El cambio dietético es el pilar de mi tratamiento para mujeres interesadas en métodos alternativos a los medicamentos y la operación. Dado que el útero es sensible al estrógeno, cualquier cosa que modifique los niveles de estrógeno en la sangre puede afectarle (y a los miofibromas y la endometriosis). Hay muchas pruebas de que una dieta rica en grasas parcialmente hidrogenadas y saturadas, rica en hidratos de carbono refinados y pobre en fibra puede aumentar el nivel de estrógenos en la sangre. La dieta estadounidense estándar hace que la mujer corra más riesgo de desarrollar miofibromas, como también endometriosis y cáncer de mama.

Una mujer que cambia de una dieta muy refinada y pobre en nutrientes (alimentos envasados, pasteles, pan blanco, frituras, caramelos y pasta) a una dieta rica en frutas, verduras y otros alimentos completos, suele tener menstruaciones menos abundantes y menos hinchazón e incluso experimenta una reducción del tamaño de los miofibromas. Muchas mujeres están bien dispuestas a probar este método primero, sabiendo que después pueden optar por la operación si el régimen no les da resultado.

Normalmente sugiero hacer una prueba de tres meses con una dieta rica en fibra a base de alimentos integrales, eliminando los productos elaborados con azúcar y harina refinados y los lácteos. La dieta para tratar los miofibromas debe ser bastante estricta durante un tiempo, para disminuir los niveles de estrógeno en circulación. Los factores lipotrópicos metionina, colina e inositol (1.000 mg diarios) se encuentran en forma de suplementos dietéticos; si se toman junto con las vitaminas del complejo B, los niveles de estrógeno suelen bajar y los síntomas se alivian. Recomiendo un suplemento de vitaminas y minerales que contenga un mínimo de 600 mg de magnesio y las mismas cantidades de vitaminas B y los demás nutrientes ya mencionados en las páginas 223-224 (véase el capítulo 17 para las cantidades de nutrientes que hay que buscar en los suplementos de vitaminas).

La gran mayoría de mujeres que tratan sus miofibromas mediante la dieta mejoran del dolor y la hemorragia abundante en un plazo de tres a seis meses. Una dieta de alimentos integrales «adormece» los miofibromas, pero no cura el trastorno. Es necesario también trabajar en liberar los bloqueos de energía en la pelvis. De hecho, he visto a mujeres que siguen dietas macrobióticas muy estrictas cuyos miofibromas en realidad les crecen. Generalmente estas mujeres tenían problemas de la infancia no resueltos, como el incesto, por ejemplo, o eran maltratadas por su cónyuge.

LIBERACIÓN DE LA ENERGÍA BLOQUEADA. Estas terapias pueden ser muy sanadoras cuando las lleva a cabo una persona bien preparada y dotada.

La acupuntura, la digitopresión, la terapia de la polaridad y el masaje suelen ir muy bien para los síntomas de los miofibromas, aunque estos no siempre se reducen.

He tenido muy poca experiencia con la homeopatía, pero sus practicantes dicen que los miofibromas se reducen o desaparecen y los síntomas se alivian con el remedio homeopático adecuado. La homeopatía es un tipo de medicina natural que fue muy popular a comienzos del siglo XX y que actualmente vuelve a tener una amplia aceptación.

La bibliografía sobre la acupuntura china indica que suelen necesitarse cien o más tratamientos diarios para eliminar un miofibroma grande. Los tratamientos diarios exigen una gran entrega por parte del paciente y del terapeuta.

Hay una nueva terapia llamada Técnica Nambudripad de Eliminación de la Alergia que se ha usado para tratar miofibromas y una gran variedad de otras enfermedades también. Esta técnica la ideó Devi Nambudripad, una acupuntora y quiropráctica que sufría de alergias muy graves. Se basa en la premisa de que las alergias (y otras enfermedades, como los miofibromas) son consecuencia de reacciones alérgicas y emocionales que se originan simultáneamente en el cerebro y el cuerpo. Mediante un proceso llamado quinesiología, que consiste en realizar una serie de pruebas para comprobar el movimiento y el tono musculares, el terapeuta localiza los alergenos culpables y las emociones que los acompañan. Después, aplicando presión en puntos de acupuntura concretos, se limpia el cuerpo de esas emociones. La base filosófica de esta técnica tiene muchísima lógica y la recomendaría si la realiza un terapeuta bien preparado.

Casi todas las poblaciones de Estados Unidos y de muchos otros países cuentan con médicos de orientación holista, si bien no están integrados en el sistema médico ortodoxo, cuyos miembros los consideran con escepticismo y rara vez les envían a sus pacientes.

Programa sanador para los miofibromas

- Dieta equilibradora de eicosanoides: nada de productos lácteos durante al menos tres meses, muchas verduras de hoja verde, productos derivados de la soja y verduras cruciferas.
- Suplementos: una combinación de vitaminas y minerales completa que contenga las vitaminas del complejo B, más los factores lipotrópicos metionina, colina e inositol, de 500 a 1.000 mg diarios de cada uno.
- Crema de progesterona al 2 por ciento: de un cuarto a media cucharadita una o dos veces al día durante las dos o tres semanas anteriores al comienzo de la menstruación, para inhibir los efectos de la producción excesiva de estrógeno.
- Ejercicio de tipo aeróbico, 20 minutos diarios tres veces a la semana.
- Masaje, tai-chi, meditación, acupuntura: para aumentar la circulación de la energía en la pelvis.
- Compresas de aceite de ricino en el bajo vientre, tres veces a la semana como mínimo; prestar atención a los pensamientos, imágenes y sentimientos que surjan durante el tratamiento.
- Llevar un diario: anota todo lo que deseas crear en tu vida. Observa cuánto entusiasmo y cuánta energía logras reunir simplemente imaginándote cómo sería dejar manifestarse totalmente tus talentos creativos y tus yoes secretos. Observa dónde tienes algún bloqueo que te dificulte este proceso. Generalmente se identifican en afirmaciones del tipo «sí, pero», por ejemplo: «Sí, me gustaría coserme ropa bonita con regularidad, pero no veo la manera de encontrar tiempo para hacerlo». Pronto podrás identificar las creencias limitadoras que bloquean tu creatividad.
- Realizar los pasos del capítulo 15 de este libro.

Prueba este programa durante al menos tres meses y luego haz las modificaciones que creas necesarias. Cada mujer tiene necesidades diferentes; por lo tanto, hay que individualizar este programa. Ve qué puedes aprender sobre tu cuerpo y sus reacciones a este nuevo régimen. Escucha los mensajes de tu cuerpo.

Historias de mujeres

Los miofibromas, como los demás trastornos, no aparecen salidos de la nada para instalarse en el útero. Cuando la mujer está dispuesta a relacionarse con su útero permitiendo que sus mensajes le hablen, ha dado el primer paso hacia la sanación, en lugar de limitarse a enmascarar o eliminar los síntomas. Una vez que está en contacto con los mensajes de su útero, cada mujer puede elegir el tratamiento que fun-

cione mejor para ella, ya sea la intervención quirúrgica, la dieta, la acupuntura o una combinación de las tres.

Muchas mujeres logran relacionar la aparición de sus miofibromas con el comienzo de un maltrato verbal por parte de su pareja, un estrés laboral u otros problemas en sus relaciones con el mundo exterior. El trabajo interior suele ser muy útil para encontrar nuevas formas de afrontar estas situaciones perjudiciales o limitadoras.

SHIRLEY: MIOFIBROMAS Y CREATIVIDAD. Shirley, una enfermera de 45 años, llevaba un tiempo con menstruaciones irregulares y muy abundantes cuando le encontré un pequeño miofibroma al hacerle el examen anual. Un año antes había estado en tratamiento por un desorden de la alimentación y codependencia. Cuando le diagnostiqué el miofibroma estaba en medio de un cambio profesional, tratando de decidir si dejaba un puesto directivo sofocante pero lucrativo.

Le recomendé que siguiera una dieta pobre en grasas y rica en fibra y se aplicara compresas de aceite de ricino. También le pedí que pensara en lo que en realidad deseaba hacer, lo que hallaba realmente satisfactorio. Cuando lo pensó, se dio cuenta de que su creatividad estaba ahogada en su trabajo. Le preguntó a su cuerpo qué quería decirle y le pidió que se lo revelara en sueños o meditaciones. Al cabo de varios meses me dijo: «He aprendido a rodearme de amor y una energía sanadora durante las aplicaciones de compresas de aceite de ricino, las meditaciones y la terapia».

Hizo sesiones de Reiki, que es un tipo de tratamiento energético similar al toque terapéutico que implica sanar con las manos. Dos semanas después de su visita, me contó: «Tuve una visión: la masajista me levantaba del abdomen una cosa parecida a un bolo y me decía que lo extrajera. Lo que saqué era como uno de esos erizos que se pegan en los calcetines en el bosque; tenía exactamente cuarenta y cinco pinchos [Shirley tenía 45 años]. Esa aparición, el erizo, me representaba a mí misma con mi manera de aferrarme a las cosas de una forma no sana. Simbolizaba mi apego al trabajo y a las personas por medio de las cuales trataba de encontrar satisfacción. Mis sueños y meditaciones me hicieron comprender que el tumor uterino era una manifestación física de mi creatividad sofocada, que jamás podría expresar plenamente a través de mi dependencia de los demás. Durante mi proceso de sanación emocional y física, el miofibroma se redujo de tamaño y fui conducida a un trabajo más creativo y gratificante que implicaba la atención directa a enfermos». En el examen de seguimiento, al cabo de tres meses, comprobé que tenía el útero mucho más pequeño y no encontré ningún miofibroma.

MARSHA: RELACIONES QUE NO APOYAN. Marsha, una terapeuta masajista de 41 años, de otro estado, vino a verme por primera vez en 1986, a pedirme una segunda opinión sobre sus miofibromas. Si bien tenía el útero sólo moderadamente agrandado, del tamaño de un embarazo de 12 semanas, y ningún síntoma, le habían dicho que debía hacerse una histerectomía. Su madre también había tenido miofibromas y le habían practicado una histerectomía. Ella deseaba evitar la operación. Durante años se había maltratado comiendo en exceso y enredándose en relaciones con hombres que la maltrataban. Había abortado tres veces y no tenía hijos. Cuando vino para esa primera visita, ya estaba siguiendo una dieta macrobiótica para detener el crecimiento de los miofibromas.

Dado que todo lo demás estaba normal según las ecografías, yo apoyé su elección de tratar los miofibromas con cambios dietéticos, y le recomendé que visitara a su ginecólogo cada seis meses. Dada su comprensión de sus pautas de comportamiento, pensé que debería trabajar con alternativas a la cirugía. En su ciudad siguió el plan de tratamiento.

Al cabo de cuatro años volvió a verme.» Por entonces había tenido varías menstruaciones muy abundantes y su ginecólogo le recomendó encarecidamente la histerectomía. Ella estaba haciendo el programa de Doce Pasos de Adictos al Sexo y al Amor Anónimos, y me dijo que acababa de salir de una relación muy perjudicial y adictiva de cuatro años. Aún estaba totalmente consumida por esa relación, aunque los dos habían estado de acuerdo en que todo había terminado. «He comenzado a darme cuenta de que toda la rabia que he sentido por él ha sido una manera de evitar hacer mi trabajo en mí misma, mis emociones y pasado», me dijo. Empezó a responsabilizarse de su vida y su situación y continuó con su autosanación. En su trabajo de recuperación fue descubriendo que todas las relaciones que había tenido, desde su infancia, con un padre alcohólico, habían sido disfuncionales. Reconoció que era una ex-

perta en crearse dramas en la vida para llenar el vacío de sentimientos amortiguados y para compensar su falta de conexión con su cuerpo.

Marsha estaba empezando a comprender la profunda conexión que había entre sus relaciones y su sentido de identidad, y cómo esto se manifestaba en su cuerpo. Sabía que no todos los aspectos de sus miofibromas estaban relacionados concretamente con la comida, y que utilizaba esta para tapar sus emociones. Su recuperación, día a día, la ha puesto poco a poco en contacto con su sabiduría interior. Cuando la vi en la visita de control en 1992, el tamaño de sus miofibromas era estable y tenía reglas regulares. Ha entrado en una fase de sanación que a veces es necesaria para algunas mujeres, aunque no para todas: siente la necesidad de alejarse de los hombres por un tiempo y estar principalmente con mujeres. Cada vez que la veo está más serena, más positiva y más fuerte. Comprende que sus miofibromas eran una señal que la llamaba de vuelta a sí misma y a su propia vida.

LOUISE: HIJAS Y PÉRDIDA. Louise es una mujer que está dispuesta a participar en el cuidado de su salud y no teme expresar sus opiniones. Productora de una emisora de radio, vino a verme para que le diera una segunda opinión respecto a su miofibroma en el útero. El miofibroma se le había desarrollado poco después de que su segunda hija decidiera dejar **la** casa para entrar en un colegio interna. Después de su visita conmigo, le escribió la siguiente carta a su ginecólogo, que le había recomendado la histerectomía:

Estimado doctor:

Por recomendación suya, consulté una segunda opinión respecto a hacerme una histerectomía debido a mi miofibroma uterino. Permítame que le cuente la historia que hay detrás de mi proceso, con la que espero que en el futuro incorpore un método más amplio y menos convencional para tratar a otras mujeres que presenten miofibromas.

En primer lugar, me impresionó la sensación de impotencia que me produjo su recomendación de operarme. De pronto comencé a considerarme una mujer enferma. Pero mi corazón me decía: «¡No, no te pasa nada!». De modo que obedecí a la voz de mi corazón. Leí todo lo que logré encontrar sobre miofibromas, sobre todo libros y artículos que presentaban alternativas a la operación.[37] Me he enterado de cuántas histerectomías innecesarias se realizan cada año en este país, y de los importantes problemas posoperatorios que se presentan, muchas veces de larga duración.

Incluso la pequeña cantidad de estudios realizados sobre la actividad del útero, en particular después de la menopausia, sugieren que este es una parte integrante de la salud general. Las hormonas químicas no pueden reemplazar el magnífico funcionamiento de los órganos femeninos.

Así pues, decidí conservar mi útero, y no sólo por motivos físicos. Usted no me preguntó nada acerca de mis sentimientos, mi familia ni mi estilo de vida, ni sobre cómo podría afectar a todo eso una histerectomía.

Mis dos hermosas hijas se han ido de casa en un año. La de 19 años está en su segundo curso universitario, y la de 15 se ha ido a un colegio particular de Vermont, por insistencia de ella. Aunque yo las apoyo, al mismo tiempo es un importante reajuste en la vida de una madre que las dos se vayan de casa en tan poco tiempo. Mis hijas, los frutos de mi útero, no están, y entonces va usted y me dice que tengo que sacarme el útero también. No, gracias. Lo conservaré por el momento, y espero que siempre. Si tuviera una enfermedad en el útero que amenazara mi vida, tal vez pensaría de otro modo.

Todo esto debe de parecerle extraño, pero yo creo firmemente que contribuimos a las enfermedades de nuestro cuerpo; la otra cara del asunto es que también podemos contribuir a sanarlas. Le recomiendo encarecidamente que dedique un poco de tiempo extra a sus pacientes para escuchar toda la historia. Si no hubiera puesto en duda lo que usted me dijo, podría haber sido uno de los casos de histerectomía innecesaria. Habría sido una comodidad, tal vez, librarme de las menstruaciones abundantes, pero a qué precio en dinero, en trabajo perdido, en una larga terapia hormonal sustitutiva y en daño psíquico de larga duración.

Le ruego que explique a sus pacientes todas las opciones y les dé el tiempo necesario para pensarlas.

Sinceramente
Louise T.

El ginecólogo de Louise no es una persona poco común. A los médicos no se nos ha preparado para escuchar los sentimientos de nuestros pacientes sobre lo que significan las enfermedades para ellos. En su libro *Meaning and Medicine* [Significado y medicina], el doctor Larry Dossey cuenta la historia de Frank, un hombre que sufría de dolor en el pecho al que admitió en la unidad de cuidados intensivos coronarios. Frank podía cambiar su ritmo cardiaco a voluntad pensando en lo que su dolor de pecho significaba para él. Le dijo al doctor Dossey que si permitía que el dolor significara un ataque al corazón, inmediatamente se ponía nervioso pensando en su corazón lesionado, sus arterias bloqueadas, la pérdida de su trabajo y la posibilidad de otro ataque al corazón. Pero si pensaba que ese dolor sólo significaba lo mismo que un dolor muscular o una indigestión, se sentía aliviado y su ritmo cardiaco se desaceleraba. Dossey descubrió que el monitor cardiaco de Frank actuaba a modo de «medidor de significado». Lo mismo vale para los miofibromas.

Cuando volví a ver a Louise, siete meses después de su primera visita, había encontrado un empleo en otro estado, en una emisora de radio donde su trabajo era muy valorado. Había comprendido el grado de pérdida asociado con el hecho de que sus hijas se hubieran ido de casa y se había tomado el tiempo necesario para lamentarlo. Mientras hacía entrevistas en la nueva ciudad, comprendió que la relación con su marido había sido insatisfactoria durante años, y que en realidad seguían juntos por sus hijas. Lo vio claramente y comenzó sus planes para divorciarse, lo cual hicieron de mutuo acuerdo. Después encontró un nuevo compañero, algo que jamás había soñado que le ocurriría y que ni siquiera buscaba. Esa relación resultó ser muy sensual y significativa para ella. También cambió su dieta de forma importante y dejó de tomar productos lácteos. Guando la examiné, su miofibroma casi había desaparecido. Prácticamente había cambiado por entero la energía de sus chakras primero y segundo.

PAULA: MIOFIBROMAS Y ABORTO. De vez en cuando veo a mujeres cuyos miofibromas parecen estar relacionados con uno o varios abortos. Cuando digo «relacionados con» no quiero decir «causados por». El aborto, en muchos estudios, no ha sido asociado con efectos físicos adversos en el cuerpo. Los problemas que tienen las mujeres después de abortar, si es que tienen alguno, están relacionados con el significado que tiene el Aborto en su vida y en la sociedad en que viven.

Paula vino a verme para un examen anual en 1987, a los 36 años. Había abortado tres veces, cuando era adolescente y veinteañera, y no tenía hijos. No conozco las circunstancias de los abortos, aparte de que ella hablaba de ellos con naturalidad. Pasados los treinta años, desarrolló miofibromas y llevaba al menos cinco años sufriendo de dolor pelviano. Cuando la vi se sentía bien y sana, y pensaba que su bienestar se debía a la siguiente historia: «Tenía cada vez más problemas de hemorragias entre reglas y dolor pelviano. No me hacía ninguna gracia la perspectiva de operarme o tomar hormonas, de modo que fui a ver a un curandero indio. Él me dijo que tenía que liberar a los espíritus de los seres que habían estado conmigo antes de los abortos. Realizó un rito liberador durante el cual literalmente vi salir volando alas blancas de mi vientre. Lloré durante horas, de pena y alivio. Después de eso, se me normalizaron las reglas y desde entonces no he vuelto a tener ni un solo día de dolor».

La historia de Paula es un extraordinario ejemplo del poder sanador que tiene la liberación emocional. Aunque yo le palpé un útero agrandado con miofibromas del tamaño de ocho semanas, eso era un problema que sólo precisaba controles regulares. Me dijo que era un alivio para ella poder contarle su historia a un médico, ya que estaba segura de que la mayoría se reirían y pensarían que estaba loca. A eso se debe, lógicamente, que los médicos rara vez escuchen estas historias de maravilla y sanación de sus pacientes. Esas historias son comunes, y sin embargo se guardan en secreto porque con demasiada frecuencia son descartadas o desdeñadas con aire de superioridad por los profesionales médicos.

La verdadera sanación —no simplemente la curación del cuerpo o el alivio de la ansiedad mental— supone la transformación de nuestro campo energético y nuestra conciencia. En las mujeres cuyas historias acabo de referir, la sanación llegó porque cada una de ellas creó un significado de su miofibroma, su problema menstrual u otros síntomas. Los científicos pueden alegar todo lo que quieran sobre si es posible lo que sugiero, pero para mí, quedarme atrapada en esa discusión sería participar en el sistema adictivo. Es infinitamente más deseable continuar con la sanación.

7
Los ovarios

> [...] Ella canta inspirada en el conocimiento de los ovarios, un conocimiento que le viene de lo más profundo del cuerpo, de lo más profundo de la mente, de lo más profundo del alma.
>
> CLARISSA PINKOLA ESTES

Desde el punto de vista de la medicina energética, los ovarios son el equivalente femenino de los testículos masculinos. Se pueden considerar los «cojones femeninos», porque representan exactamente eso mismo en el mundo. Cuando un hombre se lanza al mundo a realizar actos de dificultad o valor que requieren manipular el mundo exterior, de cosas o personas, se dice que «tiene cojones». Para salir al mundo una mujer, particularmente a un mundo orientado a los hombres, necesita «tener cojones», pero ella debe usar su energía ovárica. No deberá tratar de imitar al hombre, porque su relación con el mundo exterior puede afectar adversamente a sus ovarios y su campo energético. Para mantener la salud necesita aprender a usar sus «cojones» de un modo favorecedor de la vida.

Nuestra sabiduría ovárica representa nuestra creatividad más profunda, ésa que espera nacer de nuestro interior, ésa que sólo puede nacer a través de nosotras, nuestra capacidad creativa única, sobre todo en cuanto se relaciona con lo que creamos en el mundo exterior. Biológicamente, cuando una mujer ovula, el óvulo atrae hacia él el espermatozoide enviándole una señal. El óvulo se limita a esperar que llegue el espermatozoide, no lo busca activamente. La creación biológica resultante, un bebé, tiene su propia vida y su propia conciencia conectadas a las de su madre, pero también separadas de ellas. Aunque la madre influye profundamente en su desarrollo y su crecimiento, estos están al mismo tiempo separados de ella. La madre no puede usar su voluntad para obligar a su bebé a crecer más rápido; tampoco puede usar su voluntad para determinar cuándo va a nacer. Y una vez que el bebé nace, ella debe reconocer que tiene y siempre tendrá una vida y una personalidad propias, aun cuando haya sido creado de su carne y su sangre.

De modo similar, todas las creaciones que proceden de lo más profundo de nuestro interior, de nuestra sabiduria ovárica, sean bebés, libros u obras de arte, tienen una vida propia que tenemos la responsabilidad de iniciar y permitir, pero no de controlar. No podemos forzar nuestra creatividad más profunda. Hemos de darle tiempo y espacio para desarrollarse y crecer en armonía con su propio ritmo interior. Como las madres biológicas, en cuanto mujeres debemos estar abiertas a la unicidad de nuestras creaciones con sus energías e impulsos propios, sin tratar de obligarlas a tomar una forma predeterminada. Nuestra capacidad de ceder a nuestra creatividad, de reconocer que no podemos controlarla con el intelecto, es la clave para comprender nuestro poder ovárico. Hemos de permitir que ese poder se manifieste en nosotras.

La sociedad trata de controlar la creatividad mediante la imposición de fechas límite (a veces, el factor tiempo literalmente limita nuestra creatividad), cuotas e índices de productividad. Una colega mía, que siempre ha tenido los ovarios muy sanos, hacía experimentos científicos como ayudante de investigación en un laboratorio. El director del laboratorio siempre le decía exactamente qué deseaba que produjera. Una vez, por ejemplo, quería que elaborara una célula artificial llamada «liposoma». Ella siempre trataba de crear el modelo de célula llevando el experimento según las indicaciones predeterminadas del director, usando su voluntad y su intelecto para forzar y controlar el método, pero cada vez que lo hacía le salía mal y la célula artificial no funcionaba. Se sentía muy frustrada. Entonces miraba más allá de la exigencia concreta del director y se preguntaba: «¿Qué es lo que quiero saber en esta situación? ¿Cómo puedo descubrir más acerca de un aspecto de la vida haciendo este experimento? ¿Qué puede enseñarme esto sobre las células en general?». Entonces conectaba con las posibilidades más amplias inherentes al experimento. Invariablemente ideaba un experimento que daba mucha más información de lo que se había esperado de ella. El resultado final no era nunca exactamente el que le había pe-

dido el director, pero normalmente era más valioso y enriquecedor. En el experimento con el liposoma acabó creando no sólo un modelo de célula artificial, sino también un diseño experimental que podía servir para producir una vacuna contra una enfermedad grave. Un subproducto de eso fue que el director quedaba siempre entusiasmado con sus resultados y finalmente aprendió a dejarla idear sus experimentos sin entrometerse. Su trabajo científico era brillante. Al permanecer fiel a su sabiduría creativa más profunda, sus resultados finales beneficiaban a todos. La suya era creatividad femenina en toda su magnificencia. Eso lo podemos hacer en nuestra vida y nuestro trabajo considerando siempre cómo está conectada una tarea con las demás, recordando nuestras interconexiones y cómo un acto puede construir puentes hacia otros.

Anatomía

Los ovarios son esos órganos pequeños, de forma oval y color perla situados debajo de las trompas de Falopio, uno a cada lado del útero. Producen los óvulos (u ovocitos). La mujer tiene en sus ovarios el mayor número de óvulos que va a tener jamás, alrededor de 20 millones, cuando es un feto de 20 semanas en el vientre de su madre. A partir de ese momento comienza a perderlos. Nuestro reloj biológico para la reproducción echa a andar incluso antes de que nazcamos.

Los ovarios producen óvulos alrededor de una vez al mes a partir de los catorce o quince años, a veces antes, a veces después. A partir de la primera menstruación, la ovulación tarda dos o tres años en regularizarse, así como a partir de la menopausia tarda unos años en acabar completamente. Dado que la ovulación siempre produce un pequeño quiste en el ovario, es muy común que los ovarios tengan pequeñas zonas quísticas, que son el resultado de nuevos óvulos en desarrollo o de ovulaciones que ya se han producido. Cuando el óvulo comienza a desarrollarse cada mes, a su alrededor se forma una zona o vesícula llena de líquido nutritivo, que lo envuelve o aísla del resto del ovario. Esta zona llena de líquido, llamada «quiste», es fisiológica y totalmente normal, un hecho que muchas mujeres no valoran. En la ovulación, cuando se expulsa el óvulo y este es cogido por la trompa de Falopio, el quiste se rompe, como parte del proceso ovulatorio, y el líquido que lo rodea, llamado «líquido folicular», es también liberado en la cavidad pelviana junto con el óvulo.

Después de la ovulación, en el espacio donde estaba el óvulo, comienza a desarrollarse otra pequeña zona quística llamada «cuerpo lúteo», que comienza a secretar progesterona. El cuerpo lúteo es finalmente reabsorbido por el ovario. Con frecuencia ocurre que comienza el proceso de desarrollo del óvulo y se forma un pequeño quiste, pero no se produce la ovulación en ese determinado sitio. En ese caso va a quedar allí el pequeño quiste por un tiempo. Dado este proceso mensual de desarrollo ovular y formación de quiste, es perfectamente normal que una mujer tenga pequeños quistes ováricos llenos de líquido en casi cualquier momento a lo largo de toda su vida reproductiva. De hecho, casi siempre hay pequeños quistes en los ovarios.

Siempre que se hace un examen pelviano por ultrasonido (ecografía), a causa de dolor, miofibroma u otra razón, también se examinan los ovarios y entonces se ven estos quistes. Los quistes pequeños, de uno a tres centímetros, son casi siempre normales, porque producir estos pequeños quistes fisiológicos que vienen y van forma parte de lo que hacen los ovarios normales. Gestan pequeños óvulos, pequeños quistes o, como se dice en el lenguaje de la medicina energética, nuevas ideas rebosantes de potencial.

Durante todo el ciclo vital, los ovarios también producen hormonas, entre ellas el estrógeno, la progesterona y los andrógenos, aunque la cantidad que producen cambia (y no necesariamente para disminuir) según la edad de la mujer. Antes se creía que los andrógenos, un tipo de hormona que se relaciona con la libido, eran producidos casi totalmente por las suprarrenales, que son las glándulas endocrinas situadas encima de los riñones. Pero diversos estudios realizados durante las dos últimas décadas han establecido que, tanto antes de la menopausia como después, los ovarios producen una importante cantidad de andrógenos, tal vez hasta un 50 por ciento de la provisión total del cuerpo.[1]

Se solía pensar que los ovarios quedan esencialmente inactivos después de que la mujer deja de menstruar, pero en la actualidad se está revaluando su papel en la segunda mitad de la vida. Algunos estudios sugieren que no deben extirparse quirúrgicamente los ovarios, porque conservan su capacidad para producir hormonas esteroides durante varias décadas después de la menopausia.[2] Partes de los

ovarios sí se reducen de tamaño pasados los 30 años, y sí pierden masa con más rapidez a partir de los 45 más o menos, pero no son las masas de tejido fibroso inerte que se creía que eran.

A medida que la mujer envejece, sólo se produce regresión en una parte de los ovarios, la parte llamada «teca». La teca es la cubierta externa del ovario donde se desarrollan y crecen los óvulos y donde se forman los quistes fisiológicos. En la edad madura hay regresión de la teca, pero la parte más interior del ovario, llamada «estroma interna», se activa bastante por primera vez en la vida.[3] Es decir, cuando se está acabando una función comienza otra. Este proceso merece ser estudiado mucho más de lo que ha sido estudiado hasta el momento. En la segunda mitad de la vida, los ovarios siguen produciendo cantidades importantes de una hormona llamada «androstenodiona», que es un tipo de andrógeno. Esta substancia suele convertirse en estrona (un tipo de estrógeno) en los depósitos de grasa corporal. Los estudios han demostrado que los ovarios pueden producir progesterona y estradiol incluso después de la menopausia. Estas hormonas son importantes en la prevención de la Osteoporosis y también para mantener la energía y la libido.[4]

Hasta hace bastante poco, la menopausia se ha estudiado principalmente como una «enfermedad carencial». Dada esta actitud cultural hacia la menopausia, los científicos han estudiado este proceso natural solamente para descubrir lo que falta. Si ideáramos estudios de mujeres posmenopáusicas en los que se partiera de la base de que los ovarios son activos y útiles, probablemente descubriríamos cada vez más cosas del papel de los ovarios en el mantenimiento de un equilibrio normal de nuestro cuerpo con el paso del tiempo. Los ovarios deberían valorarse como órganos dinámicos que forman parte de la sabiduría de nuestro cuerpo durante toda la vida, no como algo inútil o potencialmente dañino para nosotras una vez que hemos pasado los cuarenta.

Algunas tradiciones antiguas apoyan esta visión. En las culturas taoístas, se cree que los ovarios contienen grandes cantidades de la fuerza vital que produce energía sexual constantemente. Se pueden aprender los ejercicios especiales de «respiración ovárica» para liberar la energía vital que producen y «almacenan» los ovarios con el fin de revitalizar los demás órganos del cuerpo, mientras la persona logra un estado superior de conciencia. La energía sexual ovárica se convierte así en *chi* (energía vital) y *shen* (energía espiritual).[5] Aprender la respiración ovárica y otras técnicas de meditación taoísta requiere tiempo y disciplina, pero simplemente saber que los ovarios tienen una energía y una actividad especiales, además de producir la siguiente generación de personas, puede ser muy sanador emocionalmente.

Cuando la mujer no hace caso de su sabiduría creativa interior debido a miedos o inseguridades sobre el mundo exterior, pueden presentarte problemas de ovarios. Pueden surgir situaciones en las que la mujer se considera dominada o criticada por fuerzas externas a ella. Las amenazas económicas o físicas del mundo exterior afectan a los ovarios, sobre todo si ella cree que no tiene posibilidad de mitigarlas. Así, una mujer que es abandonada por su pareja o se siente estresada en el trabajo, podría tener problemas ováricos si cree que no tiene forma de escapar de su situación y que el mundo «exterior» le impide cambiar. Así como las tensiones de la vida pueden ser causa de problemas uterinos, también pueden causar problemas ováricos. Los problemas uterinos y ováricos suelen estar íntimamente relacionados, pero también hay diferencias entre ellos. La energía primaria que atañe a los problemas uterinos es la percepción de la mujer que la hace creer que no puede, no debe o no se merece liberarse de una situación limitadora o crearse soluciones que la apoyen y sustenten. El útero está muy estrechamente ligado al tercer chakra y a la autoestima. Se producen problemas uterinos cuando las inseguridades personales y emocionales de la mujer le impiden expresar plenamente su creatividad. En esos casos, ella cree que carece de los recursos interiores necesarios para hacerlo; es decir, es «ella» quien se lo provoca.

Los problemas ováricos, por otra parte, son consecuencia de que la mujer cree que las personas y circunstancias exteriores a ella le impiden ser creativa, es decir que «ellos» se lo provocan. Hay otra energía que sólo afecta a los ovarios, no al útero: la de la venganza y el rencor, o el deseo de desquitarse. La zona del tercer chakra es la parte del cuerpo donde tradicionalmente llevamos las armas, como las pistolas o los cuchillos, y la cartera. Cuando la mujer utiliza sus armas para permitirse ser muy crítica o vengarse, son sus ovarios los que están en peligro, no su útero.

Los tumores benignos de ovario difieren del cáncer solamente en el grado de energía emocional implicada. El cáncer en la zona ovárica está también relacionado con una extrema necesidad que tiene la mujer de autoridad o aprobación masculinas, cuando sus necesidades emocionales son su última prioridad. Una mujer que corre el riesgo de cáncer ovárico es aquella que piensa que no tiene suficiente poder,

sea económico o de otro tipo, para abandonar o cambiar incluso una situación de maltrato. A diferencia del cáncer de útero, que puede estar incubándose durante años, el de ovario suele desarrollarse bastante rápido debido a un trauma psicosocial precipitador, como, por ejemplo, que su pareja le anuncie que la va a abandonar.[6]

Una amiga mía desarrolló un quiste ovárico cuando comenzó a darse cuenta de que no le convenía su trabajo y que su relación con su marido no era mutuamente sustentadora. Durante ese mismo periodo él comenzó una aventura extraconyugal. Tratar el quiste le sirvió para comprender que había problemas reales en su vida cotidiana que tenía que resolver, y que su cuerpo estaba materializando sus insatisfacciones emocionales y, en su sabiduría, estaba atrayendo su atención hacia su necesidad de cuidar de sí misma.

Una de mis pacientes, Beverly, tenía un largo historial de endometriosis y, cuatro años antes de que yo la conociera, le habían extirpado el ovario derecho debido a un tumor benigno. Cuando vino a verme, estaba aquejada de dolores intermitentes relacionados con el ovario izquierdo. Le preocupaba la idea de que tal vez sería necesario extirparle también ese ovario. Sólo tenía 32 años y no quería tomar hormonas artificiales para reemplazar las naturales de su cuerpo. Estaba dispuesta a trabajar hacia el nivel más profundo de su sanación interior. En la ecografía vimos que en el ovario había pequeños quistes, como resultado de la endometriosis. La intuitiva médica Caroline Myss le hizo un diagnóstico; este reveló que durante toda su vida Beverly había truncado sus necesidades creativas para satisfacer las exigencias de su familia, que vivía cerca. Además, detestaba su puesto ejecutivo de mucho poder que le ocupaba unas sesenta horas semanales.

Caroline le dijo que no se pondría bien mientras no se tomara al menos una hora de tiempo creativo diario sólo para ella. Durante ese tiempo tendría que olvidar todas sus expectativas de productividad. Simplemente debía dejar fluir su creatividad de la forma que esta necesitara. A Beverly siempre le habían gustado las telas y tenía mucha habilidad para las labores de aguja. Comenzó a instalarse cada día a crear muñecas de apariencia muy mágica, que según ella «parecían tener vida propia». Me contó que las muñecas le dictaban cómo querían verse y qué querían llevar. Cuando me trajo unas cuantas a la oficina, me maravillaron y le compré dos para regalárselas a mis hijas por Navidad. Al permitirse ese tiempo creativo, finalmente le desapareció el dolor pelviano. Le volvía a intervalos, cuando se quedaba atrapada en las exigencias del mundo externo a expensas de su trabajo creativo. Con su insistente voz, su ovario se convirtió en un barómetro personal que le indicaba si estaba dejando fluir su creatividad innata. Ha comenzado a cambiar todo su enfoque de la vida. Las muñecas que nacen a través de ella también continúan evolucionando y cambiando.

Quistes ováricos

Las mujeres estamos hechas para expresar nuestra naturaleza creativa a lo largo de toda nuestra vida. Nuestras creaciones irán cambiando y evolucionando a medida que crezcamos y nos desarrollemos. Nuestros ovarios también están siempre cambiando, formando y reabsorbiendo esos pequeños quistes fisiológicos. Mientras expresamos la creatividad que fluye desde nuestro más profundo interior, nuestros ovarios se conservan normales. Cuando de alguna manera se bloquea nuestra energía creativa, pueden producirse y persistir quistes grandes y anormales. Esos bloqueos de energía que producen quistes ováricos pueden ser consecuencia del estrés. El estrés no es necesariamente negativo; por ejemplo, una mujer puede tener un trabajo que le gusta, pero a veces descuida su necesidad de descanso. El resultado puede ser un quiste.

El lado izquierdo del cuerpo representa el aspecto artístico, reflexivo y femenino, mientras que el lado derecho es la cara más analítica y masculina. Cada mujer tendrá que decidir por su cuenta lo que significa esto, pero la mayoría de quistes ováricos que veo son del lado izquierdo, lo cual simboliza, creo yo, lo femenino herido en esta cultura.[7] Muchas mujeres tratan de imitar la forma de ser masculina en el mundo, que no siempre conviene a sus necesidades interiores. Cuando Caroline Myss me hizo el primer diagnóstico energético, me dijo que si hubiera continuado en el grupo médico en que trabajaba, en menos de un año habría desarrollado un quiste ovárico no fisiológico que probablemente habría requerido una operación. Ya se estaba formando en mi campo energético corporal.

En las mujeres premenopáusicas en general, los quistes que miden menos de cuatro centímetros de diámetro se consideran normales. Se llama «funcional» a un quiste ovárico cuando su formación es parte del proceso de ovulación. Un quiste mayor de cuatro centímetros se puede observar unos cuantos meses para ver si desaparece. Un quiste anormal puede contener líquido, sangre y desechos celulares bajo la superficie que recubre el ovario o dentro de su propia estructura.

Quistes ováricos funcionales sintomáticos

QUISTES FOLICULARES. Muchos quistes ováricos que crecen hasta medir más de cuatro centímetros de diámetro y persisten después de dos o tres ciclos menstruales son en realidad funcionales. Esos quistes se forman cuando el folículo, que es el quiste fisiológico en el cual se desarrolla el óvulo, no crece ni expulsa el óvulo de modo normal. Cuando esto ocurre, es posible que el folículo ovárico continúe creciendo hasta pasado el momento en que debería haber tenido lugar la ovulación. A veces crece hasta medir siete u ocho centímetros de diámetro y puede ser doloroso. En los informes de las ecografías, a estos quistes se los llama «uniloculares y de pared delgada», lo cual quiere decir que están constituidos por una sola acumulación de líquido dentro de una membrana delgada. Por lo general desaparecen solos, pero algunos persisten y es necesario extirparlos quirúrgicamente. Si bien algunos médicos recetan píldoras anticonceptivas para detener el proceso ovulatorio y permitir así que se reduzca el quiste, las píldoras más nuevas no contienen suficientes hormonas para parar el ovario e influir en el quiste.

QUISTES LÚTEOS. Otro tipo de quiste funcional es el llamado «cuerpo lúteo». Se forma un cuerpo o quiste lúteo cuando el óvulo maduro sale de su folículo en la ovulación. Este proceso va acompañado a veces de una pequeña hemorragia en el lugar de la ovulación en la cápsula del ovario —y en ocasiones también en la cavidad pelviana— en el momento en que el óvulo sale del ovario.

Algunos quistes ováricos son totalmente asintomáticos, mientras que otros producen dolor. El dolor puede ser agudo y punzante si, por ejemplo, el quiste se rompe y derrama su contenido en la cavidad pelviana, o sordo y más extendido si el trastorno es más crónico, como ocurre en muchos casos de endometriosis del ovario. A veces la ovulación va acompañada de un pequeño dolor, causado por la entrada de sangre en la cavidad pelviana; se conoce como «dolor medio». La sangre que entra en una cavidad quística o en la cavidad pelviana suele causar dolor porque dilata la cápsula ovárica (el tejido de la superficie del ovario). Este dolor puede durar de unos cuantos minutos a unos cuantos días. Si continúa la hemorragia en la membrana quística durante más de unas horas, el cuerpo lúteo se convierte en lo que se llama «cuerpo hemorrágico», es decir, «cuerpo que sangra». El sangrado de un cuerpo hemorrágico puede durar varias horas e incluso días, y a veces imita un embarazo ectópico (tubárico). Puede ir acompañado de hemorragia vaginal. Los quistes hemorrágicos suelen desaparecer solos, pero pueden ser causa de varios días de dolor. Muy de vez en cuando la hemorragia no se para y se hace necesaria una intervención quirúrgica, normalmente con laparoscopio.

La mayoría de las veces este procedimiento detiene la hemorragia y no es necesario extirpar el ovario.

La mayoría de los quistes ováricos funcionales se diagnostican por examen de la pelvis seguido por una exploración ultrasónica. Se examinan y comparan ambos ovarios para estar seguros de que lo que se palpa es un quiste ovárico y no otra cosa, como un miofibroma, por ejemplo.

Ninguno de estos dos tipos de quistes ováricos funcionales (folicular y lúteo) conduce al cáncer. Algunas mujeres tienen frecuentes síntomas mientras que otras sólo los tienen alguna vez en su vida. Lo más importante que hay que tener en cuenta es que estos quistes se pueden formar en cuestión de unas pocas horas o días, porque nuestro cuerpo es capaz de producirlos con rapidez. También pueden desaparecer rápidamente.

QUISTES NEOPLÁSICOS BENIGNOS. Dado que los ovarios contienen células capaces de proliferar para formar seres humanos completos, también contienen células capaces de proliferar para formar una amplia variedad de quistes y tumores, reflejando nuestra enorme capacidad creadora. Cuando nuestra expresión creativa está frustrada, esta energía creativa nos llama la atención hacia ella mediante el cuerpo y se manifiesta en el ovario en lugar de introducirnos suavemente en el mundo exterior. La educación mé-

dica convencional enseña que la causa de los quistes ováricos no se conoce, a menos que sean los de la variedad «funcional» y estén relacionados con la ovulación.

Los quistes ováricos no funcionales benignos se producen cuando empiezan a reproducirse esas células del ovario que no están relacionadas con la ovulación. Suele usarse el adjetivo «neoplásico» cuando se habla de estos y otros tumores, sean benignos o malignos. «Neoplasia» simplemente significa «nueva formación de tejido».

OTROS QUISTES. Además de los quistes foliculares, lúteos, hemorrágicos y neoplásicos benignos, hay algunos quistes ováricos que son de carácter sólido y no desaparecen pasados dos o tres ciclos menstruales. Se supone que estos quistes son tumores ováricos producidos por algo ajeno a la ovulación. Requieren más exploración y tratamiento por medios quirúrgicos, porque mientras no se extraiga tejido para examinarlo al microscopio, no es seguro que sea benigno. Ocasionalmente he tenido pacientes que llevan muchos años con quistes ováricos detectables en el examen pelviano y visibles en una ecografía, pero que no cambiaban en ningún sentido ni causaban síntomas. Estas mujeres saben que corren un riesgo, en el sentido convencional, al no ser intervenidas quirúrgicamente. Algunas están dispuestas a correr ese riesgo y continuar años con sus ovarios no tocados ni diagnosticados. Si bien mi formación no recomienda ese sistema, y siempre ofrezco un enfoque quirúrgico según el criterio médico estándar, también respeto la decisión de personas adultas bien informadas de evitar la cirugía.

Ovarios poliquísticos

Muchas mujeres tienen un trastorno llamado «ovarios poliquísticos», que son una señal de mal funcionamiento hormonal. Se trata de un trastorno complejo porque también influyen en él las emociones, los pensamientos, la alimentación y la historia personal de la mujer.

Actualmente no se considera una enfermedad, si bien algunos médicos lo llamaban «enfermedad poliquística de los ovarios». Es más bien el resultado final de una compleja serie de sutiles interacciones hormonales. Unos cuantos casos son congénitos y por lo tanto vienen de familia, pero en la mayoría no hay ningún vínculo hereditario conocido. La medicina convencional no sabe explicar por qué ni cómo se produce este trastorno, pero sí sabemos que está muy relacionado con el exceso de grasa corporal. Alrededor de un 50 por ciento de las mujeres con ovarios poliquísticos tienen exceso de grasa corporal. Las mujeres que tienen la cintura muy ancha en relación con las caderas (figura en forma de manzana) son más propensas a tener disfunciones ováricas.[8] El principal problema que acompaña a los ovarios poliquísticos es que los ovarios no producen óvulos y el cuerpo produce demasiados andrógenos, y en consecuencia las menstruaciones podrían cesar o volverle muy irregulares. Los andrógenos se producen naturalmente, tanto en los hombres como en las mujeres, pero en las mujeres con ovarios poliquísticos el nivel de andrógenos es más elevado del normal, muchas veces debido al elevado nivel de insulina en circulación.[9] Es importante que la mujer comprenda esta conexión, porque está relacionada con muchas Otras enfermedades. El nivel elevado de insulina en la sangre aumenta el nivel de andrógenos en circulación, lo cual a su vez conduce a un mayor riesgo de obesidad, diabetes, enfermedad cardiaca, hipertensión e hirsutismo (excesiva vellosidad facial).[10] Un nivel de andrógenos constantemente elevado obstaculiza el desarrollo cíclico normal de los óvulos, impidiéndoles crecer hasta llegar a la madurez completa. Cuando el ciclo hormonal normal de la mujer está inhibido por la producción excesiva y permanente de andrógenos, ni ella ni sus ovarios van a experimentar los cambios cíclicos naturales que acompañan la actividad ovárica normal. Sus niveles hormonales permanecen estáticos. Los ovarios entonces contienen muchos quistes pequeños producidos por óvulos subdesarrollados. En el examen ultrasónico, los ovarios se ven agrandados, con múltiples quistes pequeños bajo toda la superficie (de ahí el nombre de ovarios poliquísticos).

La conexión mente-cuerpo en la amenorrea

Siempre que una mujer tiene un problema en algo tan complejo como el proceso ovulatorio, sabemos que podría haber un problema del mecanismo regulador del ciclo menstrual, que está en el cerebro. El hipotálamo se ve afectado por factores emocionales y psíquicos, como el estrés y los sufrimientos reprimidos del pasado, los cuales pueden ser causa de disfunción del ciclo menstrual. Dado que la mayor

parte de las causas de amenorrea son de naturaleza hipotalámica, lo cual significa que están de algún modo relacionadas con alteraciones en el delicado equilibrio entre los niveles de neuropéptidos cerebrales, todavía muy incomprendidos, es posible que el hipotálamo tenga algo que ver con los ovarios poliquísticos. En las mujeres que tienen este trastorno, la liberación cíclica de las hormonas hipotalámicas está cambiada respecto a como es en las mujeres que ovulan normalmente. No se sabe si este cambio es consecuencia o causa del problema ovárico. Si bien no se ha estudiado la relación del estrés con los ovarios poliquísticos, las tensiones que se han relacionado con la amenorrea funcional pueden darnos una pista respecto a cómo las emociones y la historia personal de la mujer podrían afectar a su ciclo menstrual y su actividad ovárica. Esto podría aplicarse también a las mujeres con ovarios poliquísticos, de modo que remito a lo que dije sobre el ciclo menstrual en el capítulo 5.

Entre las tensiones que, según se ha descubierto, suprimen la actividad ovárica y el ciclo menstrual, están los sentimientos negativos respecto al hecho de ser mujer y sentirse subordinada o inferior. He descubierto que cuando una mujer ha crecido oyendo que las mujeres somos inferiores, una parte de ella no desea ser ni hacerse mujer. En algunas, estos sentimientos negativos podrían actuar en el cuerpo para que deje de ovular y se vuelva un ser «andrógino».[11] De hecho, en estudios realizados con monas se ha comprobado que las que están en posición de subordinación social suelen experimentar dificultades en la ovulación.

En algunos estudios se ha comprobado que las mujeres que no ovulan suelen estar tensas y nerviosas, y son más dependientes y menos productivas mentalmente que las que ovulan. Es posible que también tengan rabia reprimida contra su madre. Algunas se sienten culpables y temerosas por necesitar del cuidado y la protección de sus padres, y también temen perder esa protección. Cuando crecen, esto se puede manifestar como amenorrea, un intento de «parar» el proceso de convertirse en mujeres totalmente maduras.[12]

Tratamiento de los ovarios poliquísticos

Dado que en la mayoría de los casos de ovarios poliquísticos la medicina estándar no conoce la causa, el tratamiento está orientado solamente a calmar los síntomas. Por lo tanto, en la actualidad se recetan píldoras anticonceptivas o progestina para provocar periodos menstruales cíclicos. Estos tratamientos no tratan la falta de ovulación ni el estado hormonal del cerebro, aunque pueden ser útiles. Las pildoras anticonceptivas y la progestina también impiden el exceso de estimulación hormonal en el revestimiento del útero. Estos agentes, por lo tanto, disminuyen el riesgo de cáncer uterino, que podría ser consecuencia de los años de acumulación de revestimiento uterino si la mujer no tiene su menstruación. Si bien las píldoras anticonceptivas y otras terapias hormonales previenen algunos de los riesgos y síntomas que acompañan a los ovarios poliquísticos, sólo enmascaran parcialmente el problema y nunca tratan la causa de fondo.

Antes, en los casos de ovarios poliquísticos se practicaba una operación quirúrgica para extirpar una parte de cada ovario, una operación llamada «resección en cuña». Esto a veces provocaba una disminución de los niveles hormonales (al reducirse la cantidad de ovario, también se reduce la cantidad de hormonas que produce) y, en algunos casos, se restablecía la actividad cíclica. En otras mujeres, sin embargo, la operación provocaba cicatrices y adherencias. Actualmente esta operación se practica muy rara vez.

En las mujeres que desean quedarse embarazadas, a veces se puede inducir la ovulación con medicamentos. El más usado es el citrato de clomifeno (Clomid).

Las siguientes medidas pueden servir para restablecer la actividad ovulatoria cíclica en caso de tener ovarios poliquísticos:

- Obsérvate atentamente en busca de mensajes negativos que puedas haber interiorizado en la infancia respecto a ser una mujer fértil. Trabaja en sacar a la conciencia esos mensajes para que ya no dominen tu cuerpo ni tus ovarios. Una de mis pacientes, a la que le habían diagnosticado ovarios poliquísticos tres años antes de venir a verme, comprendió que había interiorizado una mala sensación por ser mujer debido a que fue violada por su padre; inconscientemente culpaba a su madre por no haberla protegido y a causa de eso consideraba impotentes a las mujeres. Cuando

tomó conciencia de esos mensajes, dejó de tomar píldoras anticonceptivas (para los ovarios poliquísticos) y comenzó a celebrar su naturaleza femenina; se le restablecieron solas las reglas y ovulaciones en unos seis meses. (También necesitó que yo le dijera que los ovarios poliquísticos no tenían por qué ser para ella un trastorno crónico con el que debía cargar toda la vida.)

- Restablece el flujo emocional cíclico. Permítete sentir toda la gama de reacciones emocionales ante los acontecimientos de tu vida. Trata de escribirlas en un diario para descubrir el ritmo natural de tus emociones y estados anímicos. ¿Están relacionados con las estaciones, la hora del día y otros ciclos? Lleva la cuenta de las fases de la Luna en un calendario; es bien sabido que el ciclo de crecimiento y mengua de la Luna influye en el ciclo menstrual. Si vives cerca del mar, lleva la cuenta de las mareas. Como ya he dicho, simplemente prestar atención a las pistas ambientales, entre ellas la luz, la Luna y las mareas, puede regular el ciclo menstrual y la fertilidad de la mujer.13 Restablece el flujo ovulatorio cíclico mediante la conexión con la luz y la naturaleza. Exponte a la luz natural tanto como te sea posible. La luz natural afecta al hipotálamo y la pituitaria e influye en la ovulación. Duerme con la luz encendida durante tres días al mes (véase p. 179). Incluso podría ser útil comprar una fuente de luz de espectro completo y tenerla en casa, sobre todo durante los meses de otoño e invierno.
- Nutre tu cuerpo totalmente con una dieta de alimentos integrales, rica en nutrientes, que equilibre los niveles de insulina y glucagón y los eicosanoides (la dieta recomendada para el síndrome premenstrual, la endometriosis y los miofibromas). La pérdida de grasa corporal aumenta la sensibilidad a la insulina y normaliza su secreción, con lo cual se normaliza también el nivel de azúcar en la sangre y se reduce el exceso de andrógenos. Las mujeres que padecen de diabetes de adulto suelen mejorar inmensamente su salud con este método.[14]
- Toma un buen suplemento de vitaminas y minerales. Un sistema dietético que nutre el cuerpo totalmente también va a sintonizar a la mujer con su lado espiritual e intuitivo. Esto sirve para restablecer el flujo emocional y suele normalizar los niveles hormonales y aliviar los síntomas de los ovarios poliquísticos.
- Usa una crema de progesterona al 2 por ciento como se indica en la sección sobre el síndrome premenstrual, para aliviar los síntomas del exceso de estrógeno.

Historias de mujeres

Las siguientes historias describen la manera en que varias de mis pacientes han aprovechado sus quistes ováricos para cambiar y mejorar su vida. Estas historias muestran a mujeres que despiertan a los mensajes que les envía su cuerpo y luego cambian su vida. El mensaje para todas nosotras está particularmente claro: poner atención a la forma en que participamos inconscientemente en el sistema adictivo y nos dejamos arrastrar por autoridades externas en lugar de hacer caso a nuestra guía interior.

GAIL: ACELERACIÓN CRISTALIZADA. Hace años que Gail y yo somos amigas. En 1989 me consultó por primera vez por un quiste ovárico persistente que, finalmente, cuando se acercaba a los cuarenta, fue necesario operar. He aquí su historia:

> En 1984, durante un examen ginecológico de rutina, una médica me encontró un quiste ovárico grande en el lado izquierdo. Esta pulcra doctora del SoHo de Nueva York me anunció que eso era peligroso y que había que extirparlo lo antes posible. Después tendría que guardar cama de cuatro a seis semanas, me dijo. Ella, lógicamente, estaría encantada de hacer la operación. Todo eso duró unos quince minutos.
>
> Yo me aterré y quedé totalmente abatida. En ese tiempo no me conocía lo suficiente para saber por qué me asustaba tanto esa información. Como era mi costumbre en esa época, cubrí el terror aumentando mi actividad y poniendo la marcha en directa. Eso me resultaba facilísimo en 1984, ya que dirigía una iniciativa por la paz mundial que me obligaba a viajar a varios continentes diferentes en un mes. Además de tapar mis sentimientos con la acción, tenía una fuerte intuición de que ese quiste ovárico ni era tan urgente ni tan grave como parecía pensar la doctora. No me hice la operación.
>
> Transcurrieron varios años y la verdad es que no pensaba demasiado en el quiste. Yo era un guerrero acelerado, que estaba cambiando el mundo y la vida de muchas personas sin hacer caso de la mía. Si bien gran parte de esta actividad era positiva y tenía un sentido muy profundo para mí, mi vida estaba desequilibrada.
>
> A fines de 1987 murió mi padre. Aunque tenía 85 años y había llevado una vida plena, yo no tenía idea del impacto que eso tendría en mí. Experimenté una especie de crisis espiritual. A través de lo que yo considero pura gracia, una amiga me recomendó un terapeuta que podría ayudarme. Mi viaje con ese hombre maravilloso

me cambió la vida. Con consumada habilidad y una excepcional amabilidad, me capacitó para reconocer y sanar muchas partes de mí misma que hasta entonces yo había tenido miedo de mirar. Una cosa importantísima para mi sanación fue entender que yo había traicionado mi parte femenina/madre y había tomado partido por mi parte masculina/padre. Durante gran parte de mi vida esto había tenido por consecuencia una lealtad absoluta a hacer por encima de ser, a pensar por encima de sentir, y al mundo exterior por encima del mundo interior. Para mí eso era una profunda traición personal, a la vez que un símbolo de la traición social colectiva a lo femenino que ha herido tan profundamente a nuestra cultura.

Comencé a ver mi quiste ovárico como una manifestación física de esa parte guerrera y masculina de mi personalidad, que me hacía estar tan acelerada todo el tiempo. Le puse el nombre de «aceleración cristalizada». Había traicionado a mi lado femenino más profundo hasta tal punto que ese quiste guerrero estaba ocupando literalmente la mayor parte del espacio del centro creativo femenino de mi cuerpo. Ya había crecido hasta el tamaño de un pomelo grande.

Aunque comencé a tener más claridad emocional y espiritual respecto al quiste, seguía con el problema de cómo tratarlo en el aspecto físico. Jamás lo sentía, no tenía absolutamente ningún dolor. Más bien era una especie de presencia amenazadora que me recordaba que algo en mí estaba desequilibrado.

En otoño de 1991 Gail vino a verme. Las últimas ecografías mostraron que el quiste estaba comenzando a crecer otra vez y que su interior estaba cambiando, volviéndose más sólido y denso. Cuando el quiste se solidifica quiere decir que sus partes líquidas son reemplazadas por más células y un tumor. Se estaba haciendo más fuerte. Pensé que ella ya lo había observado el tiempo suficiente y que esos cambios significaban la posibilidad de que las células se convirtieran en precancerosas. (Si la persona no hace caso de la sabiduría del cuerpo que se anuncia por medio de un tumor, este suele necesitar hablar más fuerte y con mayor claridad. Así pues, podría crecer más rápidamente y volverse sintomático. Los quistes ováricos no fisiológicos tienen la capacidad de crecer con mucha rapidez, según las circunstancias.) Además, Gail estaba comenzando a sentir opresión en la vejiga. Le recomendé operarse, ya que me pareció que ese persistente quiste, que estaba cambiando, le agotaba la energía. Como hemos visto, un tejido no sano literalmente «agota» las moléculas necesarias para el metabolismo celular de los tejidos sanos circundantes. (Véase el capítulo 4.)

Una consulta con Caroline Myss confirmó mis sospechas. Su evaluación fue que el quiste estaba «despertando» y activándose; tenía la capacidad de crecer rápidamente en las circunstancias adecuadas. Caroline pensaba que debería extirparse antes de que transcurrieran tres meses. Confirmó que el tumor se había desarrollado debido al conflicto de Gail entre sus necesidades personales interiores y las exigencias de su mundo exterior. También dijo que la diferencia de energía entre Gail y su marido estaba en su punto más extremo; ella se sentía atraída hacia lo femenino arquetípico, silencioso y reflexivo, mientras que él (que también era su compañero de trabajo) estaba en el apogeo de reconocimiento y actividad en el mundo exterior. Ese era un reconocimiento del que Gail podía participar si quería. Ella sentía agudamente la competición entre esa «energía que la atraía hacia dentro desde el centro de su ser» y la necesidad de éxito en el mundo exterior, para lo cual había trabajado durante años. Si no participaba de ese éxito mundano, la cultura consideraría que lo «sacrificaba todo inútilmente». A pesar de ese conflicto entre sus mundos interior y exterior, su profunda sabiduría ovárica la estaba atrayendo más que nunca hacia dentro. Este es un ejemplo clásico del tipo de competición en energía y lenguaje corporal que hiere a las mujeres en los ovarios.

Gail accedió a hacerse la operación si la realizaba yo, porque confiaba en mí. Como parte de su preparación, trabajó con un grupo que hacía estudios espirituales. Entre otras cosas, este trabajo consistía en una especie de meditación guiada en la que visualizaba la operación en imágenes arquetípicas, con su aspecto masculino y guerrero instalado detrás de la cama del hospital protegiendo su emergente aspecto femenino y místico. Así lo recuerda ella:

El guerrero acariciaba suavemente la frente de la mística. Al final de la operación, mi mística le entregaba el quiste al guerrero, quien lo cogía y se inclinaba profundamente ante ella. Esta imagen tuvo un significado muy profundo para mí. En ese momento comprendí que mediante la operación se equilibraría algo muy viejo en mi esencia misma.

Junto con este cambio de guardia mítico, otra amiga me orientó en una meditación varios días antes de la operación. Tuve un diálogo con mi quiste. Lo visualicé dentro de una bola de oro. Le dije que estaba dispuesta a soltar su «aceleración cristalizada». Estaba dispuesta a poner equilibrio entre mi aspecto guerrero exterior y mi aspecto místico y reflexivo interior. De verdad ansié eso para mi sanación.

Durante esa segunda meditación le di permiso a Chris [Northrup] para que me abriera el cuerpo y sacara el quiste. Medité sobre la extirpación del quiste. Sentí un vasto espacio en el cuerpo, el color turquesa del mar Caribe sanándome y limpiándome. En ese turquesa infinito apareció el linaje femenino de mi familia, una larga fila en la que estaban mi hermana, mi madre, mi abuela, etcétera. Ellas me agradecieron que recuperara mi yo femenino para mí y para ellas.

Así imbuidos su mente y su corazón con esas imágenes sanadoras, Gail se preparó un bolso de remedios con cosas que tenían sentido para ella. Entre otras, unos cristales que le habían regalado, pie-

dras especiales de la playa que le encantaban, fotos de su madre y su abuela y algunos juguetes infantiles. Hizo su maleta y partió para Maine, a hacerse la operación en el hospital donde yo opero. Después diría:

> Mi marido y dos de mis más queridas amigas estuvieron conmigo antes y después de la operación. Su presencia creó un centro sereno, amoroso y alegre del cual pudiera desplegarse mi operación-iniciación.
>
> La operación fue sobre ruedas y armoniosamente. Chris extirpó el quiste que había reemplazado a mi ovario izquierdo. Me dijo que tenía hermosos y sanos el útero y el ovario y la trompa derechos. Cuando les enseñó el quiste extirpado a mis queridas amigas, una de ellas dijo que se parecía a los músculos enrojecidos que abultan el cuello de un corredor que se esfuerza demasiado. La aceleración misma.
>
> Después de la operación sentí un poco de dolor y un efecto moderado de la anestesia. A los dos días salí del hospital con una sensación tremendamente positiva de mi aventura allí. Mi cuerpo comenzó el milagroso proceso de sanarse.
>
> Estoy disfrutando de un tiempo de retiro sanador. Es demasiado pronto para comprender todo lo que ha cambiado *y* ocurrido en mí. Lo que sí sé es que he enfrentado a uno de mis más temidos dragones y que gracias a eso soy una persona más plena y rica. Sé que puedo pedir apoyo cuando tenga miedo y sé que soy amada y cuidada por muchos seres queridos. Sé que he cambiado y he equilibrado una vieja asociación conmigo misma, en la cual el guerrero baila valses con la mística.

En muchos casos de quistes ováricos grandes y complejos, como el de Gail, el tejido ovárico sano es sustituido casi del todo por el del quiste y prácticamente no hay manera de distinguir el tejido sano del no sano; por lo tanto, es necesario extirpar todo el ovario.[15] Sin embargo, Gail continúa bien. El modo mismo en que consideró su quiste, su hospitalización y el cuidado posoperatorio es un buen ejemplo de cómo dejar entrar en la vida una energía más femenina, intuitiva y sustentadora, parte de la lección que aprendió de su ovario izquierdo.

MARY JANE: CASADA CON EL TRABAJO. Mary Jane es una bióloga molecular que se ha pasado toda su vida profesional trabajando en instituciones dominadas por hombres. Cuando estaba en el instituto deseaba estudiar física y matemáticas avanzadas, pero su padre, profesor de física, le dijo que era mejor que estudiara mecanografía, porque le sería mucho más útil. Como muchos hombres de su generación, creía que su hija sólo se casaría y tendría hijos y que no sacaría provecho de esa educación superior. Finalmente Mary Jane continuó estudiando hasta obtener un título superior en ciencias, y ha publicado muchos más artículos científicos que su padre. Aunque estuvo casada una vez y se divorció, y tiene una hija, su matrimonio fue insatisfactorio para ella desde el comienzo. Después se casó con su trabajo.

Mary Jane ha sido paciente mía durante unos años, siempre viajando desde otro estado a mi consulta en Maine para su examen anual. En uno de esos exámenes le palpé un quiste de siete centímetros en el ovario izquierdo, que fue confirmado por una ecografía. Dado que estaba muy dispuesta a trabajar con los síntomas de su cuerpo de modo consciente, le dije que esta manifestación estaba allí para enseñarle algo sobre sus problemas del segundo chakra, concretamente sus relaciones y SU creatividad. Le aconsejé que hablara con su ovario para ver qué quería decirle. Mi plan era volver a examinarla más o menos tres meses después.

Un diagnóstico energético hecho por Caroline Myss reveló que el quiste estaba lleno de rabia, la rabia de la violación. También tenía «energía cancerosa». Eso no es lo mismo que cáncer físico, pero avanza hacia él. Caroline era de la opinión de que el quiste tendría que extirparse pronto. Si bien no había cáncer en ese momento, la energía de la rabia en el quiste era muy fuerte.

Después de la lectura intuitiva de Caroline, Mary Jane comenzó un diálogo con su ovario. «Descubrí que estaba lleno de rabia, de una sensación de abandono y de envidia. Pero también había amor. Aunque había sentido ese amor alguna vez, no supe expresarlo. Necesitaba un lugar donde poner todo eso, y se me fue al ovario.»

Pidió una excedencia del trabajo. Había decidido hacerse la operación debido al aviso de Caroline Myss. Yo apoyé su decisión y le dije que no debía considerar la operación una renuncia a sus capacidades autosanadoras. La operación puede ser una opción muy sanadora, y le permitiría avanzar rápidamente en la sanación de su vida en todos los aspectos. Su sanación personal implicaba trabajar en sanar su relación con su padre y con su trabajo.

Se operó y todo fue bien. El quiste era benigno. Durante el periodo posoperatorio inmediato, pasó por un proceso de profundo duelo y dejó marchar la inalcanzable visión de la relación con su padre que siempre había deseado pero no pudo tener. Comprendió que sus ansias de aprobación paterna, que nunca había llegado, le habían marcado una pauta de relaciones insatisfactorias con los hombres, que también afectaba a su trabajo y sus relaciones laborales. Comprendió que tenía que liberar a su padre de sus expectativas y exigencias. Comprendió también que sus investigaciones habían sido un método para conquistar la aprobación de sus compañeros, y no algo hecho simplemente por la alegría del descubrimiento científico. Cuatro semanas después, cuando vino a su control de seguimiento, la encontré fabulosamente bien, y agradecida a su ovario por mostrarle una verdad sobre su vida que el intelecto no veía. Mary Jane aprovechó el tumor ovárico como un viaje transformador que volvió a conectar la sabiduría de su cuerpo con la alegría del trabajo de su vida.

CONNY: CREATIVIDAD TRUNCADA Y NECESIDAD DE APROBACIÓN EXTERNA. Conny tenía 38 años cuando se le desarrolló un quiste benigno de seis centímetros en el ovario izquierdo. Se le extirpó quirúrgicamente, dejándole algo de tejido ovárico normal. Durante el tiempo en que se le desarrolló el quiste había estado tratando de decidirse a tener un hijo. Durante el periodo de la operación habíamos hablado sobre cómo podía aprovechar al máximo la experiencia con el quiste para cambiar y crecer. Ella sabía que su trabajo la ahogaba. Deseaba muchísimo seguir sus deseos de hacer cerámica y en realidad era muy buena para eso; siempre lograba vender lo que tenía tiempo para hacer. Pero su trabajo le reportaba «grandes beneficios». Le dije que considerara si valía la pena que se matara por sus «beneficios».

Un año después de la operación, volvió a mi consulta, aquejada del dolor en el lado izquierdo que había sufrido cuando tenía el quiste ovárico. Esta vez no había ningún quiste, pero el dolor era el mismo. Descubrió que tan pronto como llegaba al trabajo le comenzaba el dolor e iba empeorando. Ya se había operado una vez. Las condiciones que habían desembocado en el quiste, la energía de su cuerpo, no habían cambiado en realidad.

Conny comprendía intelectualmente su dilema, y sabía que algo tenía que cambiar, pero siempre que pensaba en dejar el trabajo para seguir sus instintos creativos, en lo más profundo de su interior escuchaba la voz de tu padre que le decía: «Eres tonta si dejas la seguridad de tu trabajo. Hacer arte no es trabajo, es un pasatiempo. Eso es lo que se hace después del horario laboral». Desde niña había llevado esa creencia de su padre; su trabajo representaba la aprobación paterna. Así permitía que fuerzas exteriores a ella controlaran su creatividad innata. Mientras tanto negaba la rabia y la ira que acompañaban a su situación.

Le pedí que considerara qué haría si le dieran seis meses de vida. Lo pensó muchísimo. Finalmente, agotada, deprimida y dolorida, pidió una excedencia de tres meses, con la aprobación de su empresa, para considerar sus posibilidades. El dolor desapareció casi de inmediato, le volvió la energía y su lado artístico comenzó a florecer. El desafío era equilibrar tus necesidades creativas con su trabajo.

Cuando volvió al trabajo después del permiso, la colocaron en un puesto distinto, uno en que no tenía que tratar directamente con el público, sino trabajar detrás de las bambalinas procesando documentos y facturas. El cambio le fue bien a sus necesidades sólo por un tiempo; no era un trabajo gratificante y muchos aspectos de su vida continuaban dominados por su necesidad de aprobación de sus padres y sus jefes. Al cabo de tres meses de un examen pelviano totalmente normal, se le había desarrollado un tumor precanceroso en el ovario izquierdo. Le estaba creciendo tan rápidamente que notaba un bulto en la pared abdominal que no estaba allí una semana antes. Al extirparlo se descubrió que era un «tumor limítrofe», es decir que está a medio camino entre benigno y maligno. En el momento de la operación el tumor se veía limitado al ovario izquierdo, de modo que después de consultarlo con un oncólogo ginecológico sólo se le extirpó el ovario izquierdo, dejando a Conny con el útero y el ovario derecho normales.

Sin embargo, ella se dio cuenta de que a un nivel celular profundo su creatividad estaba desesperada por expresarse y que su cuerpo no se conformaría con nada que no fuera su entrega total a su sabiduría interior. Dejó su trabajo y se pasa todo el tiempo que puede haciendo cerámica. Tiene proyectado volver a la escuela a estudiar medicina holista. La última vez que la vi se había levantado el velo de depresión que la había rodeado los tres años anteriores. Se está transformando en la plenitud de su yo creativo. Nunca ha sido mejor la relación con sus padres. Está haciendo las paces con el hecho de que tal vez

ellos nunca comprendan sus necesidades creativas, pero eso no significa que no pueda tener una buena relación con ellos. También ha comprendido que no puede responsabilizarlos de esos años en que ella optó por reprimir su creatividad. El mensaje de su ovario lo considera una «patada en el trasero» que realmente necesitaba. Está agradecida.

Cáncer de ovario

Muchos ginecólogos estadounidenses están formados para extirpar los ovarios pasados los cuarenta años si a la mujer se le hace cualquier tipo de operación pelviana. El motivo para hacer esto es prevenir el cáncer de ovario. Sin embargo, el cáncer de ovario afecta a una de cada ochenta mujeres en Estados Unidos. Esto significa que a millares de mujeres de todo el país se les extirpan órganos normales para «prevenir» una enfermedad que en realidad va a afectar a muy pocas de ellas. Miles de mujeres van a quedar privadas de los beneficios esenciales que aportan estos órganos productores de hormonas. De hecho, la extirpación prematura de los ovarios se asocia a un mayor riesgo de Osteoporosis y enfermedad cardiaca, así como de muchísimos síntomas menopáusicos, entre ellos el adelgazamiento de la piel, lo cual da una apariencia envejecida y posiblemente una mayor propensión a las magulladuras y lesiones.[16]

Sin embargo, en esta cultura la medicina se concentra en la extirpación de ovarios por sus posibles beneficios en la prevención del cáncer y quita importancia a cualquier factor adverso relacionado con esa extirpación. La extirpación de los ovarios para prevenir el cáncer ovárico se basa en las siguientes suposiciones: 1) que la extirpación «profiláctica» de los ovarios durante la histerectomía está relacionada con la menor incidencia de cáncer de ovario, y 2) que las hormonas propias de la mujer pueden ser fácilmente sustituidas por medicamentos hormonales. Pero los estudios han demostrado que la primera suposición no siempre es cierta.[17]

En ausencia de enfermedad ovárica, es mejor dejar los ovarios en su lugar, a no ser que se haya identificado un riesgo genético muy claro, es decir que la mujer tenga una o más parientes directas que hayan tenido cáncer de ovario. Las hormonas sintéticas no pueden igualar la compleja mezcla de andrógenos, progesterona y estrógeno que producen los ovarios normales. Si consideramos el comportamiento de las pacientes al tomar sus medicamentos, incluyendo descuidos al tomarlos y otros factores de irregularidad que impiden la absorción y acción del fármaco, conservar los ovarios tiene por consecuencia una mayor supervivencia.[18]

Necesitamos otro enfoque para impedir el sacrificio inútil de nuestros ovarios. Comprender la sabiduría y la energía ováricas es la clave. El cáncer de ovario podría ser consecuencia de la energía de la rabia o el rencor *tío* expresados, codificados en la zona del segundo chakra del cuerpo. Es posible que la mujer no conozca conscientemente esta codificación. Pero esa energía podría estar presente en una mujer cuyo marido o jefe está siempre enfadado con ella o que tal vez la maltrate. O podría aceptar que el trabajo la agobie, la «maltrate», y esto afectaría del mismo modo a sus ovarios. La mujer que permanece en este tipo de relación o de trabajo debido al miedo del abandono físico, emocional o económico no cree en su Capacidad interior para cambiar sus circunstancias. No está conectada con su poder innato, y puede que su cuerpo intente llamarle la atención mediante los ovarios, sobre todo si siente rencor o rabia, o culpa a otras personas de sus circunstancias. (Recordemos que el útero tiene una energía más pasiva que los ovarios.)

Si bien es posible que tenga otras opciones, esa mujer cree conscientemente que está obligada en contra de su voluntad a permanecer en esa relación o ese trabajo. Está dominada inconscientemente por el comportamiento del que hablamos en el capítulo 4, el arquetipo de la violación. Si la mujer permanece en una relación negativa en la que se siente continuamente violada, ya sea emocional o físicamente, desde la perspectiva de la energía es violada. Ni ella ni su pareja prepotente o su situación laboral opresiva reconocen su dignidad innata ni su poder interior creativo, y por lo tanto su dignidad también es violada. Esa mujer suele sentirse paralizada por la rabia, una energía que, si se reconoce y se expresa, podría servirle para generar un cambio. Otra parte de su parálisis es la creencia de que su trabajo, su marido u otro factor externo tiene dominio sobre ella. Finalmente, es posible que su herida emocional no haya sido confirmada o atestiguada en cierto aspecto o grado. Sin embargo, en la mayoría de las situaciones de atropello en que las mujeres se sienten impotentes, rara vez el marido, el jefe u otra autoridad externa

asume su responsabilidad en ese abuso continuado; también son incapaces de validar la herida. Para enfrentarse con esto, las mujeres en esas situaciones suelen culparse a sí mismas o absorber su rabia y su furia en lo más profundo de su interior. Con frecuencia tienen miedo de que, si llegaran a expresar sus sentimientos, serían abandonadas. La mujer en esta situación puede comenzar a prestar atención a la sabiduría de su cuerpo, y su guía interior puede ayudarla a generar los cambios necesarios en su vida.

El síndrome de los grilletes de oro

Desde el punto de vista epidemiológico, el cáncer ***de*** ovario está ligado a una posición socioecónomica elevada. Las mujeres de posición social más elevada suelen sufrir del síndrome de los «grilletes de oro», es decir, una situación en que la mujer se siente desgraciada en su matrimonio e incluso desprecia a su marido o su trabajo, pero ese mismo marido o trabajo le proporciona los recursos económicos que le permiten tomarse vacaciones caras, vivir en una hermosa casa y pertenecer a un elegante club de campo. Temiendo perder todos esos «beneficios» si abandona su situación, la mujer continúa en ella, acumulando sus emociones en su cuerpo y sintiéndose desgraciada y en cierto modo atrapada.

He conocido en mi consulta a varios maridos de mujeres que padecen de cáncer de ovario, y sentido de un modo palpable la energía de la crítica que emana de ellos. Recuerdo haberme sentido vulnerable, en guardia y a la defensiva en su presencia. Aunque no dijeran nada, estaba segura de que en silencio estaban criticando todo lo referente a mí y mis métodos. Al final de una visita, uno de ellos me estrechó la mano ¡sin mirarme! Cuando ese hombre se marchó con su mujer, le comenté a mi enfermera: «¿Cómo puede una mujer convivir con esa energía cada día? Sólo con estar en su presencia me he sentido golpeada».

La diversidad de tipos de cáncer de ovario es tan amplia que hablar en detalle de todos ellos escapa al alcance de este libro. En esencia, el cáncer de ovario se produce cuando algún tipo de célula ovárica comienza a proliferar formando un tejido anormal. El cáncer de ovario puede extenderse con mucha rapidez. Casi todos los ginecólogos que conozco han tenido la experiencia de ver a una mujer con un examen pelviano normal que de tres a seis meses después tiene la pelvis invadida por un cáncer de ovario que se ha extendido y diseminado con mucha rapidez.

Factores posibles

La medicina convencional no sabe qué causa el cáncer de ovario, aunque epidemiológicamente está relacionado con una dieta rica en grasas y el consumo de productos lácteos. Estos factores ambientales pueden obstruir el organismo cuando ya hay bloqueos de energía en el segundo chakra y desviar las células hacia la enfermedad. Hay estudios que han comprobado que las enfermas de cáncer de ovario consumían un 7 por ciento más de grasa animal de lo que es sano, en forma de mantequilla, leche entera y carne roja, y comían más yogur, requesón y helado.[19] Cuanto más elevada es la posición socioeconómica y más suculenta es la comida, mayor es el índice de cáncer de ovario.

Se sabe que la incidencia de cáncer de ovario es mayor en aquellos países en los que hay más consumo de productos lácteos (Suecia, Dinamarca y Suiza), y menor en los países donde menos se consumen estos productos (Japón, Hong Kong y Singapur).[20] La galactosa, el azúcar que se produce durante la digestión de los productos lácteos, se ha asociado con el cáncer de ovario. El requesón y el yogur parecen ser los peores culpables de la producción de esta toxina para el ovario, porque en estos alimentos los azúcares lácteos están «predigeridos» y ya convertidos en galactosa. El cuerpo ni siquiera necesita dar este paso. Mientras tanto, las mujeres que tienen intolerancia a la lactosa y que por lo tanto no consumen productos lácteos corren menos riesgo de contraer cáncer de ovario.

Varios estudios han relacionado el tipo más común de cáncer de ovario, llamado «cáncer epitelial», con el uso de polvos de talco, aplicados ya sea en los genitales externos o en las compresas sanitarias. El talco puede entrar en la cavidad pelviana a través de la vagina y el cuello del útero y pasar a los ovarios por las trompas de Falopio.[21] El talco y posiblemente otras substancias podrían irritar la membrana que recubre el ovario y ser así un factor de riesgo de cáncer de ovario. Se ha demostrado experimentalmente, por ejemplo, que partículas de carbono aplicadas a la zona de la vulva pueden entrar en la vagina a través de los órganos pelvianos en poco tiempo.[22]

Otros factores relacionados con el cáncer de ovario son:

- Diversas toxinas que envenenan los oocitos (células originales de los óvulos) podrían aumentar el riesgo de contraer cáncer de ovario.
- La radiación, el virus de las paperas, los hidrocarburos policíclicos (que se encuentran en el humo de los cigarrillos, la cafeína y el ácido tánico).
- Niveles elevados de gonadotropinas. Aunque no todos los estudios respaldan esto, se ha teorizado que el motivo de que las píldoras anticonceptivas disminuyan el riesgo de cáncer de ovario es que bajan los niveles de gonadotropinas y por lo tanto disminuyen la estimulación ovárica.[23] A la inversa, los fármacos para la fertilidad elevan los niveles de gonadotropinas, lo cual se ha considerado el motivo de que estos fármacos se hayan asociado al cáncer de ovario.[24]
- Niveles permanentemente elevados del andrógeno androstenodiona. Los investigadores que descubrieron esta conexión no lograron demostrar ninguna relación entre los niveles elevados de gonadotropinas y el cáncer de ovario, pero encontraron una conexión relativamente fuerte entre los andrógenos y el cáncer de ovario.[25]

Varios estudios han demostrado una importante reducción del riesgo de cáncer de ovario, de hasta un 37 por ciento, después de una ligadura de trompas o una histerectomía.[26] La explicación podría ser, en parte, que después de cualquiera de estas dos operaciones el conducto desde los órganos genitales externos a la cavidad pelviana interna queda permanentemente bloqueado.

Lo que estos datos sugieren es que las mujeres preocupadas por la posibilidad de cáncer de ovario harían bien en evitar consumir productos lácteos, sobre todo yogur y requesón, pasados los 35 años, que es cuando normalmente tienden a subir los niveles de gonadotropinas. Estos datos no sugieren que todas las mujeres mayores de 40 años deban tomar anticonceptivos orales, dado que estos también tienen efectos secundarios y riesgos.

Diagnóstico

Uno de los mayores problemas para diagnosticar el cáncer de ovario en sus primeras fases es que los síntomas son muy pocos. Suelen citarse vagas molestias abdominales, como indigestión, por ejemplo. Lamentablemente hay un buen número de otros problemas que pueden producir también esas molestias.

Con mucha frecuencia se diagnostica el cáncer de ovario en sus fases avanzadas, pero entonces ya no se considera curable. Todavía no contamos con ningún método de exploración bien probado para diagnosticarlo en sus primeras fases, y mucho menos para prevenirlo. En la actualidad, son centenares las mujeres que piden que se les haga una ecografía y el análisis de sangre llamado Ca-125, que comprueba la presencia de antígenos del tumor, es decir, las proteínas que se desprenden de la superficie de las células cancerosas. Por desgracia, ninguna de estas dos pruebas da una respuesta garantizada a la pregunta: «¿Tengo cáncer de ovario?».[27] Esta es la irónica situación actual de la exploración del cáncer de ovario.

Un resultado elevado en el análisis Ca-125 en una mujer por lo demás normal genera mucha ansiedad y miedo. Sin embargo, un resultado positivo elevado no significa necesariamente cáncer de ovario. La endometriosis, los miofibromas, las enfermedades hepáticas y otros factores desconocidos también pueden dar esos resultados altos. Nadie puede garantizar que todo esté bien mientras no se realice una laparoscopia quirúrgica para explorar la pelvis. Esto requiere anestesia general. Si con la laparoscopia no se detecta el origen de este elevado recuento de Ca-125, la mujer continúa con ansiedad y temor, preguntándose de dónde puede provenir esta anormalidad.

Al mismo tiempo, si el nivel de Ca-125 en la sangre es normal, eso no garantiza que no tenga cáncer de ovario. (De las mujeres a las que se les han extirpado los ovarios, al 10 por ciento puede desarrollársele una forma de cáncer que se origina en el revestimiento peritoneal de la pelvis. Aunque este tipo de cáncer no se produce en el ovario, tiene la apariencia de un cáncer de ovario y actúa igual.) En resumen, en su mayor parte, los análisis Ca-125 no son ni fiables ni rentables en estos momentos y no deberían hacerse rutinariamente para explorar la posibilidad de cáncer de ovario.

El cáncer de ovario, un dilema muy real para las mujeres y sus médicos, necesita un método diagnóstico totalmente diferente del que se ha usado durante al menos cuarenta años. Respecto a esto, no hace mucho uno de los oncólogos ginecológicos de nuestro centro dijo en un congreso: «Todo parece tener éxito al principio, pero nada resulta a largo plazo. Despiértenme cuando se haya encontrado». La interacción entre el sistema inmunitario, las emociones, la nutrición y los factores genéticos en el cáncer de ovario se merece más investigación de una manera nueva y creativa.

Cáncer de ovario hereditario

Una mujer con una hermana, la madre, una prima hermana materna, una tía materna u otro familiar directo que tiene o ha tenido cáncer de ovario corre un riesgo mayor del normal de contraer esta enfermedad. El cáncer de ovario hereditario se hizo de conocimiento público por la historia de Gilda Radner.[28] Algunas mujeres en cuya familia hay un historial de cáncer de ovario muy marcado (de un 20 a un 30 por ciento de posibilidades de contraer la enfermedad) optan por una ooforectomía (u ovariectomía) profiláctica. Con frecuencia se recomienda la extirpación de los ovarios a estas mujeres una vez pasada la edad de fecundación. Sin embargo, en las mujeres que tienen un historial de cáncer de ovario en su familia, la extirpación profiláctica de los ovarios no previene necesariamente la enfermedad. Incluso después de la extirpación es posible que se desarrolle un cáncer que no se puede distinguir del cáncer de ovario en las células del revestimiento de la cavidad pelviana.[29]

He observado que las mujeres que han visto morir de cáncer de ovario a una amiga muy querida se inclinan a hacerse extirpar los ovarios por miedo. Aunque esto puede que no sea científico, me parece que la mayoría de las decisiones importantes que tomamos en nuestra vida se basan en nuestra realidad emocional y no en las estadísticas.

Siempre que una enfermedad viene de familia, hemos de comprender que no sólo estamos ante una simple cuestión de genética. Las actitudes también vienen de familia. Sería muy interesante estudiar solamente a aquellas mujeres de familias con historial de cáncer de ovario que no contrajeron la enfermedad. Lo más probable es que esas fueran las mujeres que han roto el molde familiar y abandonado su tribu, tanto en el ámbito energético como físico.

La ooforectomía durante otra operación en la pelvis

Cuando una mujer decide hacerse una histerectomía para extirpar un útero con miofibromas u operarse de otro trastorno benigno, debe decidir si extirparse los ovarios también. Antes de la operación, le pregunto a cada mujer cuál es su grado de miedo al cáncer de ovario y le pido que compruebe qué piensa de sus ovarios. No siempre es posible conocer el estado de los ovarios antes de encontrarnos en el quirófano. Si entonces descubrimos que hay un problema, quizá sea necesario extirparlos.

Si la paciente decide conservar los ovarios, sabe de todos modos que va a someterse a mi criterio durante la operación si encuentro que los ovarios están anormales. Mis pacientes saben que yo tiendo a ser «amiga de los ovarios». De vez en cuando trabajo con alguna mujer que desea estar despierta durante la operación, para que podamos hablar de esa decisión en ese momento. Esto me va bien a mí. Me niego a tomar una decisión por una paciente acerca de lo que se ha de hacer con sus ovarios. Cuando cada una de nosotras toma decisiones sobre su cuerpo entran en juego muchos factores, conscientes e inconscientes.

Como te puedes imaginar, la mayoría de mis pacientes eligen conservar sus ovarios al hacerse la histerectomía, porque, como yo, valoran sus órganos femeninos. Si bien mi formación me llevó a creer que los ovarios deberían extirparse ya a los 35 años, ya hace mucho que he pasado esa edad y valoro mis ovarios como partes de mi cuerpo que continuarán funcionando y sustentándome todo el tiempo que viva. Sé que forman parte de mi sistema de guía interior y que me lo harán saber si es necesario hacer algún ajuste para su salud.

La mayoría de los ginecólogos se forman en grandes centros universitarios donde, dada la naturaleza de su especialidad, tratan a más mujeres con cáncer de ovario en una semana que los ginecólogos practicantes en una década. Así pues, los ginecólogos tienden a ver muchos más casos de cáncer de ovario durante sus años de formación que en su práctica posterior. Esto genera una actitud de prejuicio contra los ovarios. Es difícil tratar a una mujer que se está muriendo de cáncer de ovario, y muy doloroso

verla. Puede haber mucho dolor, obstrucciones intestinales recurrentes, una gran acumulación de líquido en el abdomen y otras diversas secuelas terriblemente penosas. Un médico o una médica que ha visto morir a alguien de cáncer de ovario tiende a sentir prejuicios en su relación con los ovarios a partir de ese momento, aun cuando la mayoría de las mujeres no enfermen de ese cáncer.

Uno de los hospitales donde trabajo es el principal centro médico de nuestro estado. Los oncólogos ginecológicos ven allí muchísimos casos de cáncer de ovario. Uno de nuestros patólogos comentó hace poco: «Le tengo un miedo mortal al cáncer de ovario. Voy a hacer que mi mujer se extirpe los ovarios cuando llegue a los cuarenta. Incluso creo que debería hacerse una extirpación profiláctica de mamas también». No lo decía muy en serio, pero este médico se pasa los días haciendo autopsias a mujeres de todo el nordeste de Estados Unidos que han muerto de cáncer de mama y de ovario. En su trabajo ve diariamente los estragos que producen estas enfermedades. Abre los cuerpos y se encuentra con enormes tumores, y además recibe especímenes quirúrgicos en los que el útero, las trompas, los ovarios e incluso la vagina, la vejiga y el recto han sido reemplazados por el tumor. Ve la devastación producida por tumores de mama que han erosionado la pared torácica. No es de extrañar que piense y sienta como lo hace, y no es de extrañar que se recomiende tan encarecidamente la extirpación de los ovarios.

Tratamiento estándar

En los cuarenta últimos años no ha habido una reducción apreciable en los índices de mortalidad por cáncer de ovario. Es una enfermedad difícil de tratar. El tratamiento estándar es la intervención quirúrgica, seguida a veces por quimioterapia y radioterapia, según lo extendido que esté. Para ciertos tipos de tumores pelvianos, el propio diagnóstico suele hacerse definitivamente en el momento de la operación. Sin mirar el interior del abdomen y hacer una biopsia, no hay manera de saber si el tumor ovárico es benigno o maligno.

Si es maligno, normalmente el tratamiento consiste en extirpar los ovarios, las trompas, el útero, el epiplón (doble pliegue del peritoneo que parece un delantal y suele contener grandes depósitos de grasa) y cualquier tumor que se haya extendido a la pelvis. Hay unas pocas excepciones a este procedimiento que escapan al alcance de este libro. En las fases muy tempranas la cirugía puede ser curativa.

Historias de mujeres

Una de mis pacientes que murió de cáncer de ovario sanó más su vida y sus problemas emocionales en su último mes de vida que en todos los años anteriores. Había pasado por una extensa intervención quirúrgica y había seguido también métodos dietéticos. Había hecho todas las cosas «correctas», pero los tumores se seguían desarrollando. La curación física no formaba parte de su sanación, pero en el curso de la búsqueda de la curación física le llegó la sanación.

Un médico amigo mío que trabajaba con ella para aliviarle el dolor la condujo por un proceso de meditación durante una relajación profunda en el que le preguntó al cuerpo de ella qué era lo que alimentaba sus tumores. Ella contestó: «El miedo y la tristeza». Entonces él le pidió que recordara y volviera a experimentar un momento en que no hubiera sentido ese miedo y esa tristeza. Ella volvió a la época en que era un feto de doce semanas en el útero de su madre. Su madre había tratado de abortar tomando una pastilla roja y blanca. En sus últimos días logró llevar a la conciencia esa información y contársela a su madre, la cual hacía muchos años que necesitaba sanar de ese incidente. Mi paciente murió en los brazos de su madre, sin dolor y finalmente libre de una pesada carga que había llevado toda su vida.

El cuidado del útero y los ovarios, o espacio pelviano

- Has de saber que la creatividad inherente simbolizada por tus ovarios está siempre presente para ti, estén estos físicamente en tu cuerpo o no.
- ¿Hay alguna tarea o trabajo creativo que te haga detener el tiempo? ¿Hay alguna actividad en la que te sumerjas de tal manera que te olvides de comer? ¿Cuál es?

Encuentra tiempo cada día para hacer algo creativo que tenga sentido para ti. Déjalo manifestarse en ti.

- ¿Tiene vida propia alguna de tus creaciones pasadas? ¿Puedes celebrar ser la mujer que la dio a

luz y después la liberó? ¿Estás aún aferrada a lo que has creado y tratando de controlarlo?

- Actualmente el mundo exterior necesita muchísimo tu poder creador. Este poder puede servirte muy bien a ti y servir a otras personas cuando accedes a él plenamente y no tratas de controlarlo ni de forzarlo. Reconoce tu poder ovárico.

8
La recuperación del erotismo

Cuando hablo del erotismo, lo hago como una afirmación de la fuerza vital de las mujeres, de esa poderosa energía creativa cuyo conocimiento y uso recuperamos ahora en nuestro lenguaje, nuestra historia, nuestra danza, nuestro amor, nuestro trabajo, nuestra vida.

AUDRE LORDE

Somos seres sexuales

Nuestra cultura relaciona la sexualidad con los genitales, aun cuando la expresión de la sexualidad supone mucho más que eso. Los seres humanos somos los únicos primates cuyo deseo y funcionamiento sexuales no están necesariamente relacionados con el ciclo reproductor. La sexualidad femenina implica dar y recibir placer sexual, además de la reproducción. De hecho, el clítoris es el único órgano humano cuya única función es generar placer sexual. La experiencia sexual de las mujeres no está determinada por nuestros genitales, ni se limita a los genitales externos, tomo tampoco la sexualidad masculina se define solamente por el pene. A decir verdad, está bien documentado que las mujeres que tienen lesiones en la médula espinal, y no pueden sentir nada más abajo de la cintura, son de todos modos capaces de tener orgasmos. Esto se debe a que el Cerebro puede recibir señales de respuesta sexual por otras vías distintas de la médula espinal. La doctora Gina Ogden, una conocida investigadora de la sexualidad, ha descubierto que algunas mujeres pueden tener orgasmos sólo pensando en cosas que las estimulan eróticamente.[1]

La sexualidad es una función orgánica, normal, física y emocional de

la vida humana. La vagina tiene una reacción sexual cíclica de lubricación cada más o menos quince minutos durante el ciclo del sueño, mientras que los hombres tienen erecciones. Durante la excitación sexual, el clítoris se llena de sangre y se vuelve muy sensible, la vagina se alarga y su tercio más interior se hincha, empujando hacia arriba el cuello del útero y el útero. Si se produce el coito después de una respuesta sexual femenina completa, esta forma cambiada de la vagina sirve para llevar los espermatozoides hasta el cuello del útero, facilitando así la concepción.

Algunas mujeres experimentan dolor durante el acto sexual si la penetración ocurre antes de que su excitación sea suficiente para levantar y quitar del camino el cuello del útero y el útero. En esos casos, es posible que se toquen los ovarios con las repetidas embestidas, causando dolor. En general esto no ocurre cuando su pareja le da tiempo suficiente para la excitación total antes del acto sexual propiamente dicho.

Durante la excitación sexual, la vagina produce líquidos lubricantes de distintas fuentes. Secretan líquido lubricante las glándulas (de Bartholin y de Skene) situadas en el punto de encuentro de la vulva y la abertura de la vagina (introito). Durante la estimulación sexual, las propias paredes de la vagina producen un líquido llamado «trasudado». Algunas mujeres experimentan una efusión de fluido de la vagina durante el orgasmo, que recibe el nombre de «eyaculación femenina». La eyaculación femenina está formada por diferentes líquidos provenientes de distintas partes del sistema urogenital, entre ellas una glándula «prostática» femenina.[2] A este líquido se lo ha llamado ***amrita***, o néctar divino. Un buen número de mis pacientes confunden esta eyaculación femenina con una pérdida de orina durante el orgasmo, pero este líquido no es orina, aun cuando en parte sale por la uretra. Esta liberación de líquido, que podría equivaler a una taza o más por vez y que puede producirse más de una vez mientras se hace el amor, es un componente normal de la respuesta sexual femenina. Conocer su verdadera naturaleza es muy tranquilizador para las mujeres.

Caroline y Charles Muir, una pareja que ha popularizado la antiquísima conexión entre sexualidad y espiritualidad, dicen que este néctar suele producirse cuando se activa (normalmente mediante una relación sexual tierna) una zona situada muy en el interior de la vagina llamada «el lugar sagrado»,[3] aunque no siempre es necesario el estímulo directo para que ocurra. La liberación del ***amrita*** puede producirse incluso sin orgasmo, como cuando una mujer «lo pierde» debido a la risa, la alegría o el amor. En estos casos, en realidad no «se pierde», sino que se convierte en la energía de la alegría o el amor, y la mujer, lejos de perder nada, gana la esencia de esos sentimientos de éxtasis.[4] Si bien cada mujer tiene la capacidad de experimentar esta efusión de néctar divino, sólo puede hacerlo aprendiendo a rendirse a la felicidad profunda, que puede ser sexual o no.

Los Muir enseñan que ese «lugar sagrado», bien escondido muy en el interior de la vagina, suele ser el sitio donde las mujeres almacenan sus heridas y dolores personales relativos a la sexualidad. En muchas mujeres, las primeras veces que se excita ese lugar, la excitación suele ir acompañada de dolor o recuerdos desagradables. La mujer y su pareja que entiendan esto van a proceder con lentitud en su relación sexual y a perseverar, y el dolor comenzará a sanar en todos los aspectos. Sanar de esta manera puede despertar a la mujer a una dicha que jamás ha conocido antes.

Hace poco vino a verme para un control Elizabeth, una contable de 47 años que comienza a entrar en la menopausia, y me contó lo siguiente: «Durante las vacaciones de Acción de Gracias conocí a un hombre maravilloso a través de un amigo común. Inmediatamente nos sentimos atraídos y comenzamos una relación. Cuando me hizo el amor por primera vez, fue algo tan hermoso... Pero en cierto momento, cuando me estaba estimulando la vagina, tuve un recuerdo relámpago del abuso sexual que sufrí en mi infancia. Comencé a temblar y a llorar. No pude evitarlo y me preocupó que fuera a creer que él había hecho algo mal. Pero me abrazó y me dijo que no pasaba nada, que él estaba a mi lado. Ahora, cuando hacemos el amor, todavía me altero un poco de cuando en cuando, pero ya no me dura tanto, y cada vez me siento más segura. También me ha aumentado el placer. No tenía ni idea de que pudiera ser tan maravilloso estar con un hombre. Es amable y cariñoso, y se toma su tiempo. Me siento muy agradecida».

Al margen del *momento en* que la mujer comience a recuperar y explorar su sexualidad, es útil saber que, por su propia naturaleza, la sexualidad femenina es una experiencia sensorial total en la que interviene todo el cuerpo (no sólo los genitales). La sexualidad de la mujer puede incluir el contacto con alguien o no. No necesita una pareja ni una persona que signifique mucho para ella para estar conectada con su sexualidad. La sabiduría corporal de cada mujer le indica lo que le conviene sexualmente. En la sociedad actual, la predominancia de las relaciones sexuales, la adicción a las relaciones, la falta de autoestima y el miedo al Abandono bloquean la capacidad de la mujer para escuchar la sabiduría y los mensajes de su cuerpo. A veces, lo que una mujer desea sexualmente puede estar muy lejos de lo que nuestra cultura considera normal para las mujeres, e incluso puede ser similar a lo que culturalmente se considera normal para los hombres.

El funcionamiento de nuestros órganos sexuales y nuestra respuesta sexual están determinados en gran parte por nuestro condicionamiento cultural respecto a la sexualidad. Para comprender la respuesta sexual femenina y el funcionamiento de los órganos que intervienen en ella, debemos también comprender la herencia cultural de las mujeres. En esta sociedad, la sexualidad está estrechamente ligada a la imagen corporal y la autoestima. Se suele decir que los hombres y las mujeres jamás serán iguales mientras la mujer no pueda ser calva y barrigona y se la siga considerando bien parecida. A las mujeres se nos educa para pensar que sólo merecemos placer sexual si tenemos un cierto aspecto o un cierto peso. No sólo eso, se nos enseña que la sexualidad femenina y la procreación son dos cosas distintas, aunque una pueda conducir a la otra. Hay razones para creer que en las remotas épocas prepatriarcales las mujeres conocían el modo de controlar naturalmente su fertilidad y comprendían la importancia del placer sexual como una parte natural de la experiencia humana. Muchas parejas que siguen un método natural de control de la natalidad en su planificación familiar llegan a compenetrarse profundamente en lo que se refiere a la fertilidad y los ciclos sexuales de cada uno. Este método no sólo les procura los medios para planear y evitar la concepción cuando quieren, sino que con frecuencia descubren que también les aumenta la intimidad y placer.

La cultura también cree en la teoría «big bang» del placer heterosexual, que sostiene que la penetración del pene en la vagina es la parte más placentera de la sexualidad. Aunque esto es así para algunas mujeres, no lo es para otras. Ese es sólo un aspecto de la sexualidad y el placer, y las mujeres que no

lo disfrutan no tienen por qué sentirse anormales de ninguna manera. Para muchas mujeres, el coito con penetración, el tipo de acto sexual que se nos enseña que es el «verdadero», no es particularmente satisfactorio. Por lo tanto, muchas de ellas «fingen» el orgasmo para que su pareja piense que es un buen amante.

En una encuesta realizada en 1980 a 486 mujeres, Naura Hayden descubrió lo siguiente:

- 310 dijeron que fingían el orgasmo cada vez que tenían relaciones sexuales.
- 124 dijeron que fingían el orgasmo la mayoría de las veces.
- 52 dijeron que fingían el orgasmo algunas veces.[5]

Es evidente que el «big bang» no funciona para muchas mujeres. Estudios recientes demuestran que la estimulación clitórica, vaginal y uterina, o una combinación de las tres, conduce al orgasmo.[6] Muchas mujeres llegan al orgasmo por medios distintos al acto sexual.

No es poco común que la frecuencia del coito sea la única medida por la cual se juzga la calidad de la relación sexual, sobre todo en los círculos médicos.[7] Está claro, sin embargo, que son muchos los otros factores que determinan la verdadera calidad de la relación además del número de veces por semana que una pareja tiene relaciones sexuales.

Tampoco la calidad de la vida sexual de una persona está determinada por el número de parejas sexuales que tiene o ha tenido. Una vida sexual nada sana y potencialmente destructiva es aquella en que la mujer recurre a la relación sexual para solucionar sus necesidades emocionales usando el cuerpo de otra persona. Algunas mujeres tratan su temor a la soledad y el abandono teniendo relaciones sexuales con personas a las que no aman ni respetan, utilizando la relación adictivamente. Las mujeres que tienen estas relaciones sexuales nada sanas suelen haber sufrido abusos sexuales en su infancia, sea de forma sutil o descarada.

Está muy profundamente arraigado el imperativo cultural que juzga la valía de una mujer por su unión con un hombre y por su atractivo sexual para los hombres, para todos los hombres. Son demasiadas las mujeres que han interiorizado como suyos los hábitos y necesidades sexuales de los hombres aprobados culturalmente, cuando de hecho la sexualidad masculina y las necesidades sexuales de los hombres son probablemente más diferentes y variadas de lo que se nos ha hecho creer.[8] Incluso en las relaciones lesbianas la mujer puede utilizar a su pareja para definir su valía. Una de mis amigas lesbianas me contó que, debido a su título de ingeniera, se la considera «un buen partido» y «una buena fuente de ingresos». Dice que en la comunidad lesbiana de su ciudad del oeste de Estados Unidos se suele decir: «Dime con quién te acuestas y te diré quién eres».

Está claro que muchas mujeres creen que es su deber satisfacer los deseos sexuales de su pareja y con frecuencia pasan por alto sus propias necesidades eróticas. Es posible que participen en actos sexuales de los cuales reciben muy poco más que un embarazo no deseado y/o diversas enfermedades. En un estudio sobre dispareunia (coito doloroso), por ejemplo, de las 324 mujeres encuestadas, sólo el 39 por ciento dijeron que jamás habían sentido dolor, mientras que el 27,5 por ciento lo habían sufrido en alguna época de su vida. Un 33,5 por ciento (105 mujeres) todavía sentían dolor durante el coito, por lo menos algunas veces, en el momento del estudio, mientras que el 25 por ciento de ellas tenían el problema casi todo el tiempo. Sin embargo la frecuencia del coito entre todos estos grupos de mujeres era prácticamente la misma. En el estudio también se comprobó que la mayoría de las mujeres jamás habían hablado de este problema con su médico. Esto significa que un número muy grande de mujeres sufren durante el acto sexual y no dicen nada. Puesto que cualquier rotura de la mucosa vaginal aumenta la posibilidad de transmisión de enfermedades contraídas sexualmente, la dispareunia no sólo es dolorosa, sino que además pone a la mujer en peligro debido a lesiones en sus tejidos.[9]

Además de aguantar el dolor, algunas mujeres arriesgan su vida cuando tienen relaciones sexuales. En noviembre de 1991, cuando apareció la noticia de que Magic Johnson tenía el sida, un artículo de la revista ***Time*** señalaba lo siguiente: «La relación sexual y el deporte casi se han convertido en sinónimos». El artículo informaba de que «Wilt Chamberlain alardea de haberse acostado con 20.000 mujeres, un promedio de 1,4 al día, durante 40 años», y citaba las palabras de otro jugador de baloncesto: «Cuando llegué a Los Ángeles en 1979, me esmeré en complacer al mayor número posible de mujeres, la ***mayoría*** de las veces en relaciones sexuales sin protección».[10]

Preguntándose qué tipo de mujer se acostaría con un hombre por una noche, aunque fuera uno famoso, el artículo comentaba que «para las mujeres, muchas de las cuales no tienen trabajos satisfactorios, la única manera de identificarse a sí mismas es decir con quién se han acostado».[11] A sus propios ojos estas mujeres ya no eran nadie: lo que importaba era que se habían acostado con una estrella del deporte. Aunque ese hombre no las quisiera en absoluto o ni siquiera las recordara, habían logrado una especie de perversa posición social al dejar que utilizara su cuerpo de esa manera.

Los hombres pueden ejercer una fuerte influencia en las prácticas anticonceptivas de las mujeres y en sus decisiones de tener hijos. A fines de los años setenta, en Chicago se ideó un proyecto de Paternidad Planificada, con el fin de educar a los hombres acerca del control de la natalidad y enseñarles a responsabilizarse de su comportamiento sexual. Se hizo una encuesta a más de mil chicos de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años. Se les preguntó si estaban de acuerdo o no con algunas afirmaciones:

- «Es correcto decirle a una chica que la quieres para poder acostarte con ella.» Siete de cada diez dijeron que era correcto.
- «Un hombre debe practicar el control de la natalidad siempre que sea posible.» Ocho de cada diez estuvieron en desacuerdo; dijeron que el hombre no debía usar medidas preventivas.
- «Si dejo embarazada a una chica, querría que se hiciera un aborto.» Casi nueve de cada diez dijeron que no, que no querrían que la chica se hiciera un aborto, porque eso está mal.

Es decir, según los resultados de este estudio, es moralmente aceptable que un hombre se acueste con una mujer y *no* se responsabilice de prevenir la concepción, pero es inmoral que ella se haga un aborto.[12] Muchas mujeres están tan entregadas a una relación sexual a expensas de ellas mismas que repetidamente se arriesgan a quedarse embarazadas contraer enfermedades de transmisión sexual antes que poner en peligro la relación. Una adolescente le escribió una carta a Ann Landers en la que se quejaba de que lo único que quería hacer su chico era tener relaciones sexuales; ya casi no le hablaba y prácticamente no hacían nada juntos aparte de acostarse; pero ella tenía miedo de hablarle de este asunto, ¡porque le asustaba perderlo!

Hace varios años di una conferencia en un colegio privado de enseñanza media acerca de las decisiones que se han de tomar antes de la relación sexual. Después de la charla se acercaron unos jóvenes a decirme que las chicas con quienes tenían relaciones sexuales ni siquiera les pedían que usaran preservativos; incluso les habían dicho: «No pisa nada, no tienes por qué usar nada». Estas chicas (de clase media alta, la mayoría blancas y de colegio privado) consideraban que hablar de anticoncepción con sus chicos era arriesgar su valía social. Durante siglos las mujeres han sido condicionadas socialmente a poner en riesgo su cuerpo para consolidar relaciones interpersonales que en realidad no las apoyan ni les proporcionan bienestar. Aunque algunos estudios demuestran que ha aumentado el uso de preservativos, sigue tiendo cierto que muchos adolescentes no utilizan ningún medio anticonceptivo, pese a que en el último curso de enseñanza media el 76 por ciento de los chicos y el 66 por ciento de las chicas ya han tenido relaciones sexuales.[13]

Las mujeres que han sufrido violación e incesto tienen aún más dificultades que las que no han tenido estas malas experiencias para establecer relaciones sexuales satisfactorias que estén libres de elementos abusivos y malos tratos. Muchas de estas mujeres nunca han tenido una relación sexual sustentadora y placentera.

Patricia Reis, una terapeuta que trabajó bastante tiempo en nuestro consultorio, asesoró durante varios años a una de mis pacientes, Lydia, respecto a su vaginitis crónica. Se enteró de que al marido de Lydia le gustaba muchísimo el sexo oral y alquilaba numerosas películas pornográficas para estimularla a que se lo hiciera. Lydia había sido violada cuando era adolescente; durante la violación tuvo que hacerle sexo oral a su agresor; el olor y el trauma de esa situación fueron tan terribles para ella que pensaba que desde entonces le repugnaba el sexo oral. Por fortuna para ella, después de dos años de terapia fue capaz finalmente de decirle con firmeza a su marido que eso no era algo en lo que pudiera cooperar voluntariamente en esos momentos. Se había sentido sexualmente utilizada por él durante años y necesitaba distanciarse de ese tipo de actividad sexual por un tiempo y conectar de nuevo con sus propios deseos sexuales antes de poder estar dispuesta a considerar la posibilidad de hacerle sexo oral con amor.

Siempre que las personas utilizan la actividad sexual para disminuir, dominar o dañar a otras, eso no contribuye a la salud de ninguno de los dos participantes. Las mujeres que se criaron en los años cincuenta e incluso en los ochenta, conocen bien las actitudes controladoras y los efectos negativos de ciertas religiones en la sexualidad femenina. Mientras escribo esto, los titulares de los periódicos están llenos de historias sobre sacerdotes que han abusado sexualmente de niños durante años. Los dogmas de la Iglesia Católica y de otras iglesias cristianas degradan la sexualidad, que es una actividad humana normal, y la subordinan a la reproducción. Las consecuencias de esta represión se ven en los problemas que tienen las mujeres para expresar su sexualidad, así como en las desviaciones sexuales de algunos representantes de la Iglesia.

La mayoría de las religiones occidentales rara vez consideran la sexualidad femenina y la maternidad partes componentes de un mismo todo.[14] Las iglesias cristianas tienen, por ejemplo, una muy larga historia de separar la maternidad de la sexualidad, produciendo una división virgen/puta en nuestra psique, que ha sido causa de gran sufrimiento para muchas mujeres. Barbara Walker, que ha explorado extensamente esta historia y su finalidad, escribe:

> La imposible virgen madre era la resolución de los conflictos edípicos deseada por todos los hombres: la maternidad pura, jamás desviada de su devoción por los deseos sexuales. [...] Los teólogos separaron las dos mitades de la Diosa pagana cuya feminidad combinaba una sexualidad y una maternidad abundantes. A una mitad se la llamó «ramera *y* tentadora» y a la otra «madre desprovista de necesidades humanas o femeninas». Los clérigos suelen seguir presentando la doctrina del parto virginal [o de la concepción inmaculada] como «ennoblecedora» para la mujer, ya que consideran reprensible y necesitada de control la sexualidad natural femenina.

Elizabeth Cady Stanton, una de las primeras feministas más conocidas, escribió lo siguiente a fines del siglo diecinueve:

> Creo que la doctrina que presenta la maternidad de la Virgen como algo superior, más hermoso y noble que la maternidad corriente, es un insulto a todas las maternidades naturales del mundo. [...] De esa doctrina, y de lo que se relaciona con ella, han surgido todos los monasterios y monjas del mundo, que han deshonrado, deformado y desmoralizado la masculinidad y la feminidad durante mil años. Yo coloco junto a esa pretensión falsa, monjil y antinatural [...] a mi madre, que fue tan santa en su maternidad como la propia María.[15]

Descubrir nuestra verdadera sexualidad

Nuestra tarea como mujeres es distinguir nuestra verdad personal sobre nuestra sexualidad de las deformaciones que hemos heredado de la cultura. El primer paso para definir nuestra sexualidad desde dentro hacia fuera es considerarnos sujetos sexuales en lugar de objetos sexuales. ¿Qué constituye nuestra sexualidad? ¿Qué ideas hemos heredado de la sociedad y asimilado en nuestra psique y cuáles son las realmente nuestras? Cuando recuperamos nuestra sexualidad, descubrimos que no se parece en nada a lo que la cultura nos ha llevado a creer. ¿Cuántas mujeres, por ejemplo, están verdaderamente preparadas para el acto sexual físico al final del día de trabajo, justo antes de dormirse? He visto a innumerables mujeres en mi consulta que piensan que algo les funciona mal porque no desean tener relaciones sexuales por la noche. Yo rara vez lo deseo. Para mí las tardes son mucho mejores. (Reconozco que puede hacer falta cierta planificación.)

Francamente, nada mata la libido con más rapidez que un día de trabajo, después los quehaceres de la casa, luego lavar los platos de la cena y hacer las demás tareas de atención a la familia. Para la mayoría de las mujeres, su deseo de hacer el amor está directamente relacionado con la calidad de su conexión con su pareja. Las ideas son sexualmente atractivas para mujeres y hombres por igual, porque la relación sexual es una forma de comunicación no verbal; la buena comunicación y la buena relación sexual están directamente ligadas. Y no se puede hacer bien, o estar plenamente entregada a ello, con mente y cuerpo, cuando se está agotada, y probablemente no debería hacerse.

Todo lo que dijo o no dijo su pareja durante el día afecta al deseo de la mujer de manifestar su sexualidad con esa persona. Tanto para los hombres como para las mujeres, la atención y la ternura forman parte del hecho de hacer el amor, haya o no haya acto sexual. Son muchísimas las mujeres que me preguntan: «¿Por qué no puedo besar o abrazar a mi pareja sin que eso siempre conduzca al dormitorio?». Trágicamente, demasiados hombres han aprendido a separar la actividad propiamente sexual de

los demás aspectos de la relación. Demasiados interpretan una caricia o un abrazo como una señal de que es el momento del acto sexual. Me gustaría que el concepto de «hacer el amor» se extendiera más allá del simple contacto genital.

Tanto los hombres como las mujeres deberían hacer el amor y tener contacto sexual cuando les parezca apropiado y no por necesidad de agradar, de caer bien o de tener poder sobre el otro. El significado original de la palabra «virgen» no tenía nada que ver con la sexualidad. Se refería a una mujer que era íntegra y completa por sí misma, que no pertenecía a ningún hombre.[16] Muchas personas harían bien en restablecer su virginidad. Por fortuna, actualmente se están adoptando el celibato y la virginidad y cada vez son más practicados por muchas personas jóvenes.

Si una mujer considera que es su deber de esposa tener relaciones sexuales con su marido aunque ella esté cansada y no lo desee, simplemente por satisfacer las necesidades de él, sin hacer caso de las suyas, no está creando salud en su vida ni siguiendo a su propia guía interior. Algunas mujeres ven y disfrutan la ocasional película «sucia» y de esa manera se enteran de cosas acerca del sexo; piensan que eso forma parte de su libertad sexual. Otras mujeres que gozan de plena satisfacción en sus relaciones sexuales encuentran que ver películas «porno» disminuye mucho su deseo sexual. Se sienten degradadas por la forma en que se representa la relación sexual en esas películas. A una de mis pacientes lesbianas, que tenía una nueva pareja y siempre había disfrutado de una vida sexual sana y vigorosa, su nueva pareja le pidió que hicieran el amor mientras veían una película pornográfica. Ella se mostró dispuesta a probar esa nueva experiencia, pero su cuerpo se sintió asqueado por la película y todas las actividades de esa noche. No hay nada malo ni bueno, correcto ni equivocado, en esa situación. Cada mujer necesita dejar que su cuerpo decida.

La sexualidad femenina y la naturaleza

Para muchas mujeres, entre las que me cuento, la sexualidad está profundamente conectada con la naturaleza. Una de mis amigas recuerda la mañana de un domingo de la primavera pasada, cuando al salir de su iglesia, el olor cálido y terrenal de un campo cercano recién arado le despertó los sentidos. Encontró muy erótica la combinación del olor y la luz del sol.[17] Esto es lógico: las vías cerebrales del sentido del olfato están muy cerca de las relacionadas con la excitación y la sexualidad. Otra mujer, lesbiana, dice que siempre piensa en el Gran Cañón cuando está haciendo el amor. Otra cuenta que nadar con los delfines es la experiencia más erótica de su vida.[18] Tomar el sol también está asociado con la excitación sexual en muchos hombres y mujeres. En la antigua Grecia, los hombres solían correr desnudos por la playa para exponer sus testículos al sol. Estudios modernos han demostrado que eso aumenta su nivel de testosterona. Es probable que en las mujeres la exposición al sol aumente el nivel de andrógeno, la hormona parecida a la testosterona asociada al deseo sexual.

El mar y las olas son imágenes eróticas para muchas personas. Antes de que las sociedades patriarcales se volvieran dominantes, la fertilidad, la sexualidad y la naturaleza se celebraban juntas como aspectos de la misma energía y el mismo fenómeno. El festival pagano de primavera de Beltane celebraba la sexualidad humana y la fertilidad de la Tierra al mismo tiempo. (Este festival lo describe hermosamente Marión Zimmer Bradley en su obra *The Mists of Avalon.*[*]) La mayoría de las festividades cristianas fueron originariamente festivales muy terrenales, que celebraban los ciclos de fertilidad de la Tierra. Para las mujeres que viven en ciudades u otros lugares donde su contacto con la naturaleza es mínimo, no son perceptibles las sutiles fuerzas eróticas conectadas con la Tierra. Encerradas entre las barreras de la luz artificial y el ruido la mayor parte del día, se ven impedidas a sintonizar con los olores, ritmos y sensaciones de la Tierra.

Las antiguas prácticas taoístas, enseñadas todavía actualmente, consideran que la energía sexual es energía vital. Dirigida conscientemente durante la meditación, esta energía puede reconstruir los órganos internos del cuerpo. La energía sexual es una de nuestras más potentes energías para generar salud. Usándola conscientemente, estemos o no en una relación, podemos aprovechar una verdadera fuente de juventud y vitalidad. Empleando ciertas técnicas con intención amorosa y consciente, podemos

---

[*] Hay traducción al castellano: *Las nieblas de Avalón,* Acervo, Barcelona, *(N.del E.)*

aprender a dirigir el orgasmo hacia arriba por el cuerpo para que todos los órganos se beneficien de esa rejuvenecedora experiencia, y no sólo los genitales.[19]

Si bien lleva tiempo aprender estas técnicas, la salud de toda mujer puede beneficiarse del hecho de fortalecer el músculo pubococcígeo, que es el principal músculo de contracción durante el orgasmo femenino. Las mujeres que tienen los músculos pelvianos sanos y fuertes son menos propensas a sufrir problemas vaginales y de incontinencia urinaria por esfuerzo, y su actividad sexual es más satisfactoria. Para descubrir cuál es el músculo pubococcígeo, sencillamente detén el flujo de orina la próxima vez que vayas al lavabo; el músculo que debes contraer para hacer eso es el pubococcígeo. Otra manera de encontrarlo es meterse dos dedos en la vagina, abrirlos ligeramente y después apretar el músculo lo suficiente para que se cierren los dedos. Observa que aunque los músculos abdominales y del esfínter anal pueden contraerse al mismo tiempo, es el pubococcígeo el que detiene el flujo de orina y cierra también la vagina.

Es necesario aprender a distinguir entre el músculo pubococcígeo y los otros. Los ejercicios Kegel fueron ideados por el médico del mismo nombre como una manera de fortalecer el suelo pelviano y aliviar la incontinencia urinaria por esfuerzo. Bien realizados, son eficaces en un 90 por ciento para aliviar la incontinencia urinaria moderada cuando se hace un esfuerzo. Pero para hacerlos bien es necesario aprender a contraer el músculo pubococcígeo. Muchas mujeres no logran fortalecer este músculo cuando hacen esos ejercicios, porque sólo contraen los músculos abdominales y no el pubococcígeo. Para hacer intervenir este músculo hay que contraer la banda de músculos que rodean la vagina. Practica esa contracción con regularidad para fortalecerlo. He aquí la manera: detén el flujo de orina dos o tres veces cada vez que orines. Cuando el músculo se fortalezca, podrás distinguirlo de los otros que también se contraen cuando haces esto. Tres veces al día, contrae el músculo pubococcígeo y manténlo así mientras cuentas hasta tres. Poco a poco ve aumentando el tiempo de contracción hasta llegar a diez, y repite de cinco a diez veces las contracciones contando hasta diez. Al cabo de un mes notarás claramente la diferencia.

Para fortalecer los músculos del suelo pelviano se pueden insertar en la vagina unos conos vaginales con pesas y sujetarlos allí.[20] Estos conos son una versión moderna de los huevos de obsidiana con pesas graduadas que durante siglos se han usado en las prácticas taoístas.[21] El principal músculo necesario para sujetar un cono en la vagina es el pubococcígeo. Cuando usa el cono, la mujer no tiene que pensar conscientemente en contraer el músculo «correcto»; su cuerpo lo hace automáticamente durante el tiempo que tenga el cono en la vagina. Durante varios años he recomendado el uso de estos conos como ejercicio muy eficaz para el suelo pelviano. Mis pacientes y yo hemos quedado muy contentas de los resultados.

Las experiencias humanas que nos causan el mayor éxtasis y el mayor sufrimiento son el sexo, el amor y la religión. Un motivo de que nos causan tanto sufrimiento es que culturalmente no se nos ha permitido experimentar plenamente la alegría y el placer naturales que nos procuran. Es natural que los seres humanos busquemos la alegría y el placer. Sin embargo, dada la naturaleza de nuestra sociedad, no es de extrañar que se nos haya enseñado a buscar su intensidad mediante drogas o incluso prácticas sexuales adictivas.

La energía sexual, o *eros,* es la fuerza vital que impregna toda la creación y forma parte de la dicha de la creación de la vida. Es exactamente lo contrario a *tánatos*, la fuerza que conduce a la muerte. Durante demasiado tiempo, nuestra cultura ha insistido en *tánatos,* sin un equilibrio por parte de *eros.* Se nos ha enseñado a temer, denigrar y reprimir nuestro erotismo, cuando deberíamos permitirnos su expresión natural para vivir plena y saludablemente.

Es importante comprender que la capacidad humana para el éxtasis es una parte normal de lo que somos, y que la experiencia sensual extática puede ser una experiencia espiritual. Podemos experimentar la energía extática elevadora mediante el arte, mediante intensos sentimientos de amor, y durante el acto de crear desde lo más profundo de nuestro interior. Incluso durante las experiencias místicas, como las que sentimos en el culto religioso o la meditación, participamos de una energía extática que puede ser de naturaleza erótica. Solamente reconociendo que el éxtasis y la espiritualidad forman parte de la naturaleza humana podemos generar maneras de procurar experiencias de éxtasis y conexión mutuas que no sean destructivas ni adictivas. Hemos de alimentar nuestra alma además de nuestro cuerpo.

Historias de mujeres

Una vez que hemos puesto nombre a la herencia social que ya no nos sirve, hemos de liberarnos de los pensamientos y comportamientos que no son para nuestro mayor beneficio. Para muchas mujeres este es un proceso que dura toda la vida.

SARAH: ALÉRGICA AL SEMEN DE SU PAREJA. Sarah tenía 58 años cuando vino a verme aquejada de sequedad e irritación vaginal. Este problema empeoraba muchísimo cada vez que llevaba a cabo el acto sexual, y después experimentaba una sensación de ardor e irritación. Tenía una relación muy satisfactoria y llena de amor, pero le preocupaba la reacción de su cuerpo al acto sexual. Su vagina estaba bien físicamente, sin ninguna señal evidente de adelgazamiento o irritación. Se estaba sometiendo también a una terapia hormonal sustitutiva completa, de modo que yo sabía que su problema no era falta de estrógeno. Le receté supositorios de vitamina E para aliviarle el tejido vaginal, y le pedí que pensara en lo que ocurría en sus relaciones sexuales que su cuerpo pudiera interpretar como algún tipo de «violación de límites». En su siguiente visita me dijo: «Creo que ya lo tengo. Cuando mi pareja y yo comenzamos a tener relaciones sexuales, él tenía problemas de impotencia y yo tenía que dedicar bastante tiempo y esfuerzo a estimularle la erección. Pero inconscientemente me convertí en la que le daba un falo, en la que tenía que "levantárselo". Aunque eso está bien de vez en cuando, soy muy femenina, y a mi cuerpo no le gustaba ese papel. Ahora que los dos hemos hablado de esto, veo que ya no se me produce esta reacción alérgica».

A lo largo de los años he tratado a muchas mujeres que al parecer eran alérgicas al semen de su marido. Puesto que el sistema inmunitario de la vagina está perfectamente dispuesto para mantenernos sano el cuerpo, he descubierto que cuando ocurre esto, casi siempre hay algo más profundo. Es la sabiduría del cuerpo que da el aviso.

ELAINE: VIEJOS RECUERDOS ENCERRADOS DENTRO. Elaine vino a verme por primera vez cuando tenía algo más de treinta años. Mostraba un muy largo historial de dolor pelviano, sobre todo en la zona vaginal. Durante toda su vida adulta había tenido relaciones sexuales dolorosas (dispareunia). Se había sometido sin éxito a varios tratamientos para eliminar las zonas dolorosas del tejido de la vagina.

También tenía problemas en otros aspectos de su vida. Estaba preocupada por sus cambios de estado de ánimo, y en sus relaciones se apreciaba una especie de pauta repetitiva: comenzaban con una intensa pación sexual seguida por rupturas dolorosas tanto emocional como físicamente. Entre los veinte y los treinta años, con sus parejas sexuales había recurrido a drogas recreativas, como la marihuana, para intensificar sexualmente la relación.

La atención médica estándar, una dieta macrobiótica y la práctica del yoga le mejoraron muchísimo la salud, pero procuraron muy poco alivio a su dolor. Además, desde los 16 años se había sometido a terapia varias veces, pero sin que eso le sirviera para aliviar sus problemas. Aunque no lograba recordar mucho de su infancia, pensaba que tal vez tenía un historial de malos tratos.

Se divorció de su marido simplemente porque no se llevaban bien. Pasados unos años se encontró en un nuevo romance, pero volvió a ocurrirle lo mismo: empeoró el dolor pelviano y comenzó a tener infecciones recurrentes de las vías urinarias y brotes de herpes. Después de uno de esos brotes, vino a mi consulta muy preocupada: «No sé qué me pasa, y si no sé qué me pasa no puedo remediarlo. Ni siquiera sé qué comer ¿Tengo demasiada acidez o demasiada alcalinidad? ¿He bebido demasiados zumos? ¿Cuándo voy a tener una vida sexual sana? ¿Cuándo voy a ser normal en ese aspecto?». Y así continuó su intelecto, dándole vueltas y vueltas al problema, obsesionada.

Le recomendé que permaneciera con la desesperación que sentía y no saltara instantáneamente a la actitud «qué debo hacer para remediarlo». Ya se había medicado para la infección del tracto urinario y el herpes; durante las semanas siguientes se permitió sentir su desesperación *en* toda su profundidad. Entonces recordó la época en que estaba dentro del útero de su madre. No fue necesaria ninguna técnica, meditación ni terapia para que su cuerpo le proporcionara esa información, que surgió espontáneamente, como suele ocurrir cuando la mujer busca la razón de que su vida sea como es. Experimentó la sensación del pene de su padre presionando el saco amniótico, y sintió clara y visceralmente la repugnancia de su madre y su indiferente «acaba de una vez». Llegó a la conclusión de que esa experiencia en cierto

modo la había hecho «víctima», que la repugnancia de su madre por el acto sexual era la responsable de sus problemas sexuales, emocionales y físicos. También descubrió que le costaba muchísimo experimentar sus sentimientos. No lograba distinguirlos de los sentimientos de las demás personas de su vida.

A los pocos días de este recuerdo y de haberse permitido experimentar las emociones que lo acompañaron, le disminuyeron el dolor pelviano y el dolor vaginal durante el acto sexual. Por desgracia, a los pocos meses le volvieron los dolores, desvaneciendo sus esperanzas de haber encontrado la causa de los problemas físicos, emocionales y sexuales que había tenido toda su vida. A las dos se nos hizo evidente que en su cerebro y su cuerpo estaban profundamente codificadas ciertas creencias que la tenían paralizada; entre ellas estaban la de no ser digna de amor y la de que nunca experimentaría las relaciones sexuales sanas a las que tenía derecho, debido a que su madre la había dañado. Si bien es cierto que Elaine experimentó traumas en su infancia, también es posible aprender a manejar los sentimientos y emociones dolorosos que acompañan a esos traumas y que disponen el escenario para tantas dificultades en las relaciones adultas y para múltiples problemas emocionales y físicos. Fue en esa fase cuando la envié a hacerse un tratamiento conductista cognitivo relativamente nuevo llamado «terapia conductista dialéctica». Se sometió a esta terapia durante un año y aprendió muchas técnicas para manejar su dolor emocional y físico, y me alegra mucho decir que desde hace un tiempo mantiene una relación de pareja estable y satisfactoria. Cuando siente la compulsión por el acto sexual o piensa que no puede negarse a una relación sexual que no desea, o cuando se siente presionada en otros aspectos de su vida, usa su capacidad para poner nombre a la emoción que siente, define la función de esa emoción y encuentra una estrategia para atender a sus necesidades emocionales sola, sin tener que depender de algo externo. Aunque el tiempo que lleva este proceso es diferente para cada persona, estos dos últimos años he comprobado que el programa de aprendizaje de la terapia conductista dialéctica es una solución muy eficaz y práctica para los problemas resultantes de un historial de traumas y malos tratos (véase el paso 8 del capítulo 15).

Sólo cuando estamos conectadas con nuestra sexualidad, según nuestras condiciones, podemos esperar compartirla con otra persona en una relación seria. Una mujer sabia me dijo una vez: «Si no eres capaz de darte a ti misma la ternura, el amor y las caricias que deseas que te dé otra persona, jamás los encontrarás en otra parte». Esa afirmación es muy cierta. Lo he visto ocurrir muchas veces en mis pacientes; tan pronto como la mujer aprende a darse esas cosas a sí misma y sola, casi invariablemente mejoran su vida personal y sus relaciones.[22]

Karen: Sanar en CELIBATO. Karen tenía 35 años cuando vino a verme por primera vez, con un historial de dificultades para tener orgasmos. El examen pelviano fue totalmente normal. En su infancia y su adolescencia, su padre, que era un hombre de negocios muy próspero, rara vez estaba en casa. Como tantas mujeres, Karen creció sin la afirmadora presencia física de un padre cariñoso. Me contó que había llegado a relacionar el hecho de tener una relación amorosa con un hombre con la distancia emocional y física. Había tenido varias relaciones consecutivas con hombres que viajaban mucho y que solían cancelar sus citas con ella en el Último momento. Cada vez que le ocurría esto, se sentía abandonada afectivamente y furiosa por no poder contar nunca con ellos. Finalmente fue a un seminario intensivo llamado «Vivir en proceso», con una terapeuta formada por Anne Wilson Schaef, y comenzó a identificar y confrontar la parte que le cabía a ella en el hecho de atraerse relaciones adictivas. Después diría:

> Mirando en retrospectiva, no me extraña que nunca haya sido capaz de experimentar ningún placer sexual cuando hacía el amor. Una parte de mí siempre se refrenaba, no era capaz de rendirse a la experiencia. Aunque tenía relaciones sexuales, fingía que me gustaba y sólo lo hacía por complacer a mi pareja del momento. Abrirme a la posibilidad de sentir un verdadero amor y pasión significaba tener que sentir lo mismo que había sentido cuando era niña: desilusión, vulnerabilidad, y una sensación de abandono por parte de la primera relación masculina de mi vida. Yo no era consciente de esto, por supuesto. Pero cuando me sentí desesperada por mis continuas malas relaciones, me di cuenta de que necesitaba ayuda. En ese seminario intensivo, pasé por varios procesos profundos en los que experimenté y entendí de qué había estado huyendo toda mi vida: del dolor y la desesperación de mi infancia. Ahora estoy en recuperación, voy a reuniones de Doce Pasos, y hace poco inicié una relación de amistad, no sexual, con un hombre que vive cerca y que rara vez viaja. Al principio no me sentí atraída por él; en realidad, lo encontraba aburrido. Él nunca me ha «enganchado» como los otros, y no siento por él la misma fascinación y obsesión que he sentido por los demás.

Ahora que vivo día a día y estoy atenta a los pequeños regalos de la vida, sé que mi relación conmigo misma está sanando y que puedo establecer una relación amorosa con un hombre. Pero primero necesito tener una relación amorosa y sensual conmigo misma. He decidido que por el momento me conviene un periodo de celibato. Me siento más vital de lo que me he sentido en años. Cada día me fijo en lo bien que me sienta la brisa en la cara y en lo amoroso que es el calor del sol sobre mi piel. Siempre aprovecho cualquier oportunidad que se me presenta para ir a la playa y contemplar las olas. Contemplo las puestas de sol y veo lo hermosa que se ve la Luna en el cielo. Sigo la pista de mis ciclos menstruales y noto que durante la ovulación siento más deseo sexual. Me siento libre para sentirlo, pero no para actuar en consecuencia. Esto simplemente forma parte del modo en que estoy recuperando mi sabiduría corporal sensual.

Reconsideración de la sexualidad: Conclusiones

- Como mujeres, necesitamos pensar en la posibilidad de volver a ser «vírgenes» para ser fieles a nuestro yo más profundo. Hemos de hacer y ser lo que es verdad para nosotras, no para complacer a otra persona, sino porque es nuestra verdad.
- Necesitamos reconocer que todas tenemos acceso a la fuerza vital, la energía erótica y extática de nuestro ser. Eso forma parte de ser humanas.
- Necesitamos imaginar cómo sería nuestra sexualidad si la consideráramos santa y sagrada, un don que procede de la misma fuente que creó el mar, las olas y las estrellas.
- Cada una de nosotras necesita volver a conectar con su sexualidad simplemente como la expresión de esa fuerza vital creadora. Necesitamos aprender a experimentar y luego dirigir nuestra energía sexual (con o sin acto sexual) para nuestro mayor placer y nuestro mayor bien. En segundo lugar, necesitamos imaginar cómo podemos usarla para beneficiar también a otras personas de nuestra vida. Necesitamos pensar en nuevas actitudes hacia el hecho de ser sexuales. Pregúntate cómo mejoraría tu salud emocional y mental, además de tu salud física, si cambiaras tus pensamientos y actos.

9
Vulva, vagina, cuello del útero y vía urinaria inferior

«Este [...] está dedicado con ternura y respeto a la inocente vulva.» En su libro *Possessing the Secret of Joy,** del cual procede esta cita, Alice Walker da fe del terrible sufrimiento de decenas de millones de mujeres de todo el mundo a las que se les han cortado los genitales externos y que han sido mutiladas de otras formas en la infancia debido a los dictámenes de sus culturas patriarcales. Esta práctica todavía continúa, incluso en algunas regiones de Estados Unidos.

Una cultura más acogedora para las mujeres podría valorar las aberturas inferiores del cuerpo femenino simplemente como parte de las funciones normales de nacimiento, menstruación, sexualidad y eliminación. Desde todo, esta es la parte del cuerpo por donde todos los seres humanos hemos de pasar para nacer en la Tierra. En cuanto puerta a la vida, la vagina, la vulva, el cuello del útero y la uretra deberían ser celebrados, no difamados o mutilados. Dado que la mucosa de la vagina y del cuello del útero ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el sida, es importantísimo conservarla sana e intacta. Para ello, el primer paso que debe dar la mujer es poner al día su forma de pensar sobre esta zona del cuerpo.

La cultura occidental considera «sucia» la zona genital y la deshonra con esa actitud. Todas las funciones relacionadas con esa zona del cuerpo (nacimiento, menstruación y eliminación) están muy cargadas emocional y psíquicamente. Desde la niñez, la mayoría de nosotras hemos asimilado la idea de que esa parte de nuestro cuerpo es distinta de las demás: es tabú, sucia e indigna. A lo largo de los años, muchas pacientes de todas las edades y niveles de educación me han preguntado durante el examen pelviano: «¿Cómo puede hacer este trabajo? Es tan asqueroso». Una paciente me contó que una vez que fue al servicio médico de la universidad para que la trataran de una infección fúngica, un médico joven le comentó: «Los genitales femeninos son como una sentina». El motivo más común de que las mujeres se hagan duchas vaginales es la errónea creencia, transmitida de madres a hijas, de que esa parte del cuerpo es repugnante y necesita una limpieza especial. Aun cuando este lavado no es necesario e incluso podría ser dañino (puede irritar los tejidos haciéndolos vulnerables a la infección), alrededor de un tercio de todas las mujeres lo hacen regularmente.[1] La promoción y venta de desodorantes higiénicos femeninos y tampones y compresas sanitarias impregnados de desodorante da a las mujeres la impresión de que la vagina en su estado natural es inaceptable, que debe ser higienizada y desodorizada.

Nuestra herencia cultural

La palabra «vagina» proviene del latín *vagina,* que significa «vaina para una espada», o la vaina para el pene.[2] Aquí vemos nuevamente cómo el cuerpo femenino se define únicamente en referencia a los hombres. En las sociedades igualitarias prehistóricas, las vulvas y los triángulos púbicos se dibujaban o grababan en las paredes de las cuevas para simbolizar un lugar sagrado, una puerta a la vida. Desgraciadamente nuestra cultura deforma el lenguaje acerca de la vulva y la vagina y ha originado símbolos negativos inconscientes sobre lo que pensamos de esa zona.

Durante mucho tiempo la vagina ha sido causa de ansiedad para los hombres en las sociedades dominadas por lo masculino. La *vagina dentata* (vagina con dientes) es un miedo masculino común. Popularizada por Freud, la expresión se remonta a siglos. La especialista Barbara Walker escribe que «la *vagina dentata* es el clásico símbolo del miedo masculino a la relación sexual; expresa la creencia inconsciente

---

* *Hay traducción al castellano: En posesión del secreto de la alegría, Plaza & Janés) Barcelona, 1993. (N. del E.)*

de que la mujer podría comerse o castrar a su pareja durante el coito».[3] Tanto los hombres como las mujeres asocian esta parte del cuerpo con un símbolo bucal: los nombres anatómicos de las partes de la vulva reflejan este concepto: los dos pliegues más grandes y exteriores se llaman *labia maiora* o labios mayores, y los pliegues más pequeños e interiores, *labia minora* o labios menores.

Dada nuestra historia colectiva, no es de extrañar que los lugares de entrada del cuerpo femenino causen problemas a tantas mujeres. Los trastornos de la vulva, la vagina, el cuello del útero y la vía urinaria inferior se relacionan principalmente con los sentimientos de violación que tiene la mujer en su relación con otra persona o con su trabajo. Puesto que el 80 por ciento de las células inmunitarias de nuestro cuerpo están en las superficies mucosas, como la vagina, la uretra, el cuello del útero y la vejiga, y puesto que la función de estas células está muy influida por las hormonas del estrés, como el cortisol, no es difícil entender cómo una percepción de violación, con la subsiguiente cascada biológica de hormonas desencadenada en reacción a esta percepción, podría deteriorar el funcionamiento óptimo de esta zona del cuerpo. La incapacidad para decir no a una violación de límites bien podría conducir a una mayor propensión a infecciones secundarias a la disminución de los niveles de inmunoglobulinas tipo A y tipo M. Considéralo así: cualquier percepción de invasión en la propia vida emocional puede tener por consecuencia una mayor permeabilidad de los lindes del sistema inmunitario, tanto en las zonas superficiales como en las internas del cuerpo. Esto es especialmente cierto en las mujeres que tienen un historial de trauma psicosexual en su vida. Una mujer que ha tenido una relación amorosa sexualmente activa y es rechazada podría percibir ese rechazo como una violación, y en consecuencia podría tener problemas vulvares o vaginales; si no puede sentir y liberar su rabia, podría desarrollar síntomas urinarios recurrentes. Los recuerdos de incesto o violación sexual y los sentimientos de culpabilidad por su sexualidad también pueden ser causa de repetidos episodios de vaginitis.

La mujer que tiene problemas en la vagina, la vulva o el cuello del útero podría encontrarse en una situación en la que es utilizada, sexualmente o en el trabajo, sin su cooperación y sin su consentimiento total y consciente. O tal vez se siente obligada a hacer algo contra su voluntad o a actuar de un modo sexual que pone en conflicto sus emociones. En esa situación es probable que su cuerpo reaccione con problemas que relacionamos con la violación sexual. Estos problemas físicos pueden aparecer si, por ejemplo, la mujer utiliza la relación sexual para obtener seguridad económica, física o emocional, o para manipular a otra persona, y no para procurar y obtener placer. Los sentimientos de ser utilizada o violada están relacionados con la vaginitis crónica, el dolor vulvar crónico, las verrugas venéreas recurrentes, el herpes, el cáncer de cuello del útero y las células anormales que lo acompañan (displasia cervical) detectadas en la citología.

Las mujeres que tienen síntomas urinarios episódicos suelen comprobar que esos episodios van acompañados por sentimientos de rabia o irritación. Contraer una infección del tracto urinario podría ser la forma que tiene el cuerpo de liberarse de la rabia. A mis pacientes que tienen infecciones recurrentes en las vías urinarias suelo pedirles que presten atención a lo que ocurrió en su vida entre 24 y 48 horas antes del comienzo de los síntomas. Con la práctica, muchas veces se dan cuenta de la situación que tiene la culpa de ello y dan los pasos necesarios para cambiarla o bien para cambiar su reacción a ella. Cuando la rabia se hace más crónica y menos accesible al plano consciente, los síntomas podrían tomar la forma de una urgencia y una frecuencia urinarias continuas.

Los estudios han demostrado que las mujeres afectadas por infecciones crónicas de la vejiga, en relación a las que no tienen ese problema, sienten más ansiedad, tienen más rasgos obsesivos y tienden a experimentar las emociones sólo a través de síntomas corporales (trastorno somatomórfico). De hecho, en un estudio realizado con mujeres que sufrían de cistitis crónica se comprobó que su grado de obsesión era comparable al de pacientes psiquiátricos; también eran propensas a estados emotivos no equilibrados por el intelecto.[4] Varios investigadores han descubierto que las mujeres que sienten la necesidad de orinar con frecuencia pero no tienen infecciones son más nerviosas y neuróticas que las que no tienen este problema. También se ha comprobado que los síntomas de ansiedad se corresponden con la urgencia urinaria (la sensación de no poder llegar a tiempo al lavabo), la necesidad de levantarse a orinar por la noche y las micciones frecuentes.[5]

Los problemas vulvares crónicos como el dolor y el picor van asociados al estrés producido por la ansiedad y la irritación por ser controlada, ya sea por la pareja o por una situación que, en cuanto a energía se refiere, equivale a la pareja. Un ejemplo podría ser el de una mujer que se siente tan «casada»

con un trabajo que la domina totalmente, que de un modo inconsciente no se siente libre para experimentar la vida a su gusto. La intuitiva médica Caroline Myss sugiere que podríamos considerar ese dominio externo un moderno «cinturón de castidad». La pareja de la mujer puede dominarla o bien obligándola a tener relaciones sexuales, o bien negándose a la actividad sexual que ella desea.

Ruth vino a verme con un historial de vaginitis recurrente e infecciones de las vías urinarias que no respondían a los tratamientos habituales, como cremas fungicidas y antibióticos. Su marido quería tener relaciones sexuales todas las noches y ella creía que satisfacer sus necesidades sexuales era su «trabajo». Lo amaba, pero con frecuencia estaba demasiado cansada para hacer el amor por la noche, y el deseo de su marido la irritaba; sin embargo, se obligaba a hacerlo, aun cuando su resentimiento inconsciente iba en aumento. Como les ocurre a muchas mujeres con este problema, Ruth pensaba que tener muchas relaciones sexuales equivalía a llevar una vida sexual «satisfactoria». Al principio negó que hubiera algún problema en su vida sexual. Le expliqué que cuando la mujer tiene una relación sexual que no desea, no se produce la lubricación que acompaña al deseo sexual femenino, y que esto, junto con la fricción del coito, dispone el escenario para la irritación y la inflamación vaginal y uretral (está muy claro que cuando una mujer participa en cualquier relación sexual traumática para sus tejidos, la consecuencia puede ser una infección y una inflamación). La lesión del tejido, combinada con la falta de receptividad y la sensación de no ser capaz de negarse, va a afectar adversamente al sistema inmunitario, lo cual hace muchísimo más difícil la curación de la lesión. Finalmente, Ruth buscó ayuda en una terapia y aprendió a expresar sus necesidades de un modo positivo que favorecía su relación conyugal.

El imperativo sexual de nuestra cultura —que las mujeres deseables sirven sexualmente a los hombres— es en gran parte lo que mete en dificultades a las mujeres en primer lugar, es decir, en situaciones que no sirven a sus necesidades y que de hecho son dañinas. Muchas mujeres están desgarradas entre su necesidad de ser amadas y de placer sexual por un lado, y el deseo de decir no a la relación sexual por el otro. Los problemas ginecológicos de vulva, vagina y cuello del útero suelen estar relacionados con la incapacidad de la mujer para decir no a la entrada en esa parte de su cuerpo cuando desea negarse pero le parece que «no debe». Estos problemas están muy literalmente relacionados con «dejarse joder». Por ejemplo, una de mis pacientes enfermó de vaginitis crónica cuando en la universidad se negaron (ilegalmente) a darle el certificado de unos cursos que había terminado. Al principio decidió que no tenía alternativa fuera de aceptar ese maltrato porque no quería «armar jaleo». A pesar de emplear muchos remedios tópicos para la vulvovaginitis, no mejoró; se decidió a apelar la decisión de la universidad y se resistió a echarse atrás. Finalmente fue recompensada con los certificados que le correspondían y su vaginitis desapareció.

Además de la frustración y la rabia, otra emoción que generalmente tiende a afectar adversamente a nuestra salud es el sentimiento de culpabilidad. Cuando este sentimiento se centra en la sexualidad, puede ir acompañado de problemas concretos en nuestros lugares de entrada. La revolución sexual de los años sesenta y setenta destruyó algunos de los criterios puritanos de nuestra cultura sobre la sexualidad, pero una cultura sexualmente reprimida no puede sanar con sólo quitarse la ropa. Ahora es incluso más importante para las mujeres tener muy claras sus ideas sobre su sexualidad y su elección de parejas sexuales. Es sobre todo importante que usen conscientemente su libertad para comprender lo que de verdad desea su cuerpo y no dejarse llevar por las lisonjas de parejas que equiparan la libertad con una conducta irresponsable.

La investigación científica respalda la premisa de que ciertos factores emocionales van asociados a problemas urinarios, vaginales, vulvares o cervicales crónicos, entre ellos el cáncer del cuello del útero.[6] En un estudio se comprobó que, comparadas con mujeres afectadas por otros tipos de cáncer, entre las mujeres con cáncer de cuello uterino hay más propensión a la ambivalencia sexual, un menor índice de orgasmos durante la relación sexual y una repugnancia al acto sexual rayana en la aversión; tienen más conflictos conyugales, como lo prueba el mayor índice de divorcio, abandono y separación.[7] Se realizó otro estudio con mujeres cuya citología había dado resultados muy anormales y necesitaban que se realizara una evaluación más a fondo para determinar si esa anormalidad correspondía a un cáncer de cuello del útero. Los investigadores descubrieron que eran capaces de predecir qué mujeres tenían cáncer, basándose en las respuestas dadas a sus preguntas sobre circunstancias estresantes recientes en su vida. Si un marido o compañero había sido infiel, bebía o salía mucho a divertirse, por ejemplo, la mujer con cáncer de cuello de útero siempre decía algo de este estilo: «Debería haberlo dejado, pero no podía por

los niños» o «Creía que me necesitaba». En respuesta a la misma situación, las mujeres sin cáncer decían: «No puedo confiar en él, desea más de lo que da». En este mismo estudio, si un familiar contraía una enfermedad grave o moría, la mujer con cáncer de cuello uterino decía: «Debería haberme esforzado más y haberlo [o haberla] cuidado mejor». Por su parte, las pacientes sin cáncer de cuello de útero eran más realistas acerca de los límites de su responsabilidad hacia los demás y acerca de su capacidad para cambiar el curso natural de los acontecimientos.[8] Se podría argüir que, dado que estos estudios se hicieron en los años cincuenta y sesenta, sus conclusiones ya no son válidas. Sin embargo, un estudio realizado en 1988 reveló lo mismo: que la neoplasia en el cuello del útero y el consiguiente riesgo de cáncer invasor tenían más probabilidades de desarrollarse en las mujeres que eran pasivas en sus relaciones, evitaban un estilo activo para arreglárselas y socialmente eran más conformistas y apaciguadoras que las mujeres del grupo de control cuya citología había dado resultados más benignos.[9] En un estudio de 1986 se comprobó que, entre las mujeres que tenían un elevado grado de desesperanza, pesimismo y aislamiento social, era mayor la incidencia de enfermedades relacionadas con el cuello del útero. Estos rasgos de personalidad se midieron antes de hacer el diagnóstico de cáncer de cuello del útero, reduciendo así al mínimo la posibilidad de que el diagnóstico hubiera causado esas características de personalidad.[10] En cambio, los resultados de la citología de las mujeres que eran optimistas y resistentes y tenían un estilo activo para arreglárselas no reflejaron células anormales invasoras.

La mayoría de las mujeres que tienen problemas vaginales, urinarios o vulvares crónicos los han tenido durante años. Por lo general, estos problemas van asociados a quejas no expresadas acerca de una situación, que han ido acumulando durante esos años. Clínicamente, es bien sabido que tratar a mujeres con problemas vulvares crónicos suele no dar resultado si no se presta atención a los aspectos psíquicos y emocionales del problema. Por desgracia, muchas de estas mujeres han acudido a decenas de médicos buscando en vano la curación física de sus problemas.

En lo referente a la energía, la mujer dispone el escenario para problemas vulvares, vaginales o urinarios crónicos cuando carece de valor para cambiar los aspectos negativos de una relación no sana. La doctora Mona Lisa Schulz ha comprobado que cuando hace una lectura intuitiva a mujeres con estos problemas, en muchos casos la mujer sufrió una violación de sus fronteras en los primeros años de su infancia. Si, en su edad adulta, la mujer continúa manteniendo una relación con alguien a quien no respeta, o que ni siquiera le gusta, debido a que tiene miedo de darla por acabada —por los motivos que fueren, ya sean de índole económica o social, de inseguridad física, miedo a estar sola, o porque es dependiente—, participa en el arquetipo de la prostituta. Si continúa teniendo relaciones sexuales con alguien a quien no respeta ni ama, participa de la forma de energía que acompaña a los problemas vaginales, cervicales o vulvares crónicos.

Anatomía

La vulva y la vagina constituyen los lugares más externos de la entrada en el aparato genital femenino. El cuello del útero y su orificio, llamado «os cervical» (os es el nombre anatómico para designar una «entrada» o «boca»), constituye la puerta de entrada en el útero y los órganos pelvianos interiores: las trompas y los ovarios (véase figura 7, pág. 208). La vulva comprende los labios mayores (externos) y los labios menores (internos). La entrada externa de la vulva a la vagina se llama *introitus.* El vello púbico forma sobre la vulva una barrera protectora de los tejidos más delicados de la vagina y el cuello del útero. La piel de la vulva contiene glándulas sudoríparas apocrinas, idénticas a las que tenemos en las axilas. Las glándulas sudoríparas apocrinas difieren de las demás glándulas sudoríparas en que su secreción es activada por situaciones emotivas, no sólo por el ejercicio físico. La vulva «suda» más que cualquier otra parte del cuerpo.

La vejiga está situada justo encima de la vagina; la uretra —que es el conducto que va desde la vejiga al exterior—, se puede palpar como un cordoncillo saliente que baja desde la parte superior de la vagina hasta justo encima de la abertura vaginal. El ano está situado debajo y detrás de la vagina.

La vagina constituye un conducto hacia el cuello del útero, que en realidad es la parte inferior del útero (a veces llamado «cerviz uterina»). El cuello del útero sobresale y penetra en la parte superior de la vagina y está cubierto por el mismo tipo de células que revisten la vagina.

La muestra para la prueba citológica (Papanicolau), que se realiza para ver si hay células anormales en el cuello del útero, se toma del orificio del centro del cuello uterino, donde las células escamosas (tipo de células epiteliales planas que recubren las membranas mucosas del cuerpo, como las del interior de la vulva, la vagina y la boca) que cubren su parte más externa se encuentran con el interior del canal cervical. Esta zona se llama «unión escamocolumnar» y es muy dinámica; en ella las células glandulares endocervicales productoras de mucosidad cambian constantemente, convirtiéndose en células escamosas más resistentes. Por este motivo, a veces estas secreciones normales se quedan atrapadas, formando quistes llenos de mucosidad en el cuello del útero (quistes de Naboth). Al tacto se palpan como pequeños bultitos, y a veces pueden crecer hasta alcanzar uno o dos centímetros de diámetro. Aunque muchas mujeres que se palpan estos bultos creen que tienen alguna anormalidad, estos son totalmente normales y no requieren tratamiento.

En algunas mujeres y muchas adolescentes, la unión escamocolumnar está situada bastante hacia el exterior del cuello del útero, y las células más rojas del interior se extienden hacia fuera cubriendo la parte más central del cuello uterino. En el pasado, muchos médicos confundían esta anatomía normal con una patología, y llamaban «erosión cervical» o «cervicitis crónica» a esta zona glandular roja. A muchas mujeres se les ha cauterizado el tejido normal del cuello del útero debido a ese malentendido.

En esta época de nuestra historia son prácticamente epidémicas la vaginitis crónica, enfermedades de transmisión sexual como las verrugas venéreas y el herpes, y las células anormales encontradas en las citologías (también consideradas un trastorno de transmisión sexual). Estos trastornos pueden afectar a la vulva, la vagina y el cuello uterino al mismo tiempo; y dado que la uretra y la vejiga están contiguas a esta zona, también suelen verse afectadas. Si bien se acostumbra a culpar de estos trastornos a ciertos virus, innumerables mujeres que no tienen síntomas también tienen esos mismos virus en el cuerpo.

Los ginecólogos trabajamos en medio de los problemas más secretos y dolorosos de las mujeres. Para ser sanadores, debemos reconocer que en torno al examen ginecológico siempre revolotea una vulnerabilidad sexual femenina. Cuando a una mujer se le diagnostica una enfermedad de transmisión sexual o su citología da resultados anormales, es posible que afloren todos sus miedos, creencias e ideas erróneas sobre su sexualidad y su cuerpo. Es esencial que los médicos seamos sensibles a esas emociones y tratemos de ayudar a nuestras pacientes a expresar su angustia y su aflicción, y animarlas a hacernos preguntas. Si tú como paciente consideras que no se tratan con interés tus sentimientos respecto a tai examen o un diagnóstico, dile a tu médico que tus sentimientos son importantes para ti y que has aprendido a respetarlos, como medida necesaria y esencial para finalmente comprenderte mejor a ti misma. Pídele ayuda y comprensión durante el examen pelviano. Aunque durante este pueden surgir fuertes emociones, no esperes que tu médico ni tú misma sepáis exactamente por qué en el momento en que surgen. Sencillamente quédate con lo que sientes, con el deseo y la intención de sanar la situación. Después relájate y permite que llegue la sanación, entregándole la situación a tu guía interior. Finalmente, cuando estés preparada, tendrás la percepción que necesitas acerca de la situación.

Cuando hago un examen pelviano, normalmente ofrezco la opción de levantar la cabecera de la camilla para que la mujer pueda observarme todo el tiempo. Le explico todo lo que voy a hacer y por qué, y le pido permiso antes de proceder a cada paso. Le ofrezco la posibilidad de mirar el examen en un espejo si quiere. Avanzo con lentitud y le digo dónde la voy a tocar primero. Uso el espéculo más pequeño posible. (Mantengo los espéculos sobre una almohadilla calentadora para que estén siempre tibios.)

A las pacientes que se ponen nerviosas por el examen, les enseño a relajar los músculos pelvianos para que el espéculo entre con más facilidad. Primero les explico la manera de identificar el músculo pubococcígeo, que contrae la vagina, y luego les pido que lo contraigan con la mayor fuerza posible y después aflojen la contracción. En ese momento, experimentan la relajación que les va a servir para el examen. Este ejercicio lo repito varias veces hasta que ellas noten la diferencia entre la tensión y la relajación muscular. Cuando la mujer está muy asustada, le digo que puede detenerme en el momento que quiera; de esta manera sabe que ella está al mando del examen. En algunos casos, entre las dos acordamos no hacer un examen pelviano en una determinada visita si ella se siente demasiado vulnerable o asustada. Sencillamente hablamos de sus temores y yo le ofrezco información y apoyo. Cuando se siente dispuesta, vuelve a la consulta para el examen. Le explico que a muchas mujeres les desagrada el exa-

men pelviano, aun cuando no tengan miedo de tener una enfermedad, y que ella no está sola en su miedo y su malestar.

Papilomavirus humano

El papilomavirus humano es un virus muy común que puede causar verrugas venéreas y aparece en las pruebas citológicas anormales, o displasia cervical. Se estima que por lo menos un 50 por ciento de la población adulta normal y un 40 por ciento de los niños muestran indicios de infección por este virus.[11] La gran mayoría de mujeres que han estado expuestas al papilomavirus no desarrollan verrugas ni displasia cervical. Pero en otras el virus va asociado al cáncer de cuello del útero.

Hay una gran controversia en la bibliografía obstétrica y ginecológica respecto a si este virus causa la displasia cervical, o si el virus y la displasia simplemente están en el mismo lugar al mismo tiempo, es decir, en el tejido anormal del cuello uterino. El ADN del papilomavirus (el material genético del virus que se usa para su identificación) se ha encontrado en casi todas las pruebas citológicas anormales y en las células del cáncer del cuello del útero. Sin embargo, la mayoría de las mujeres que han estado expuestas a este virus no contraen displasia cervical. Este virus es solamente un cofactor en la displasia cervical, de modo que no se puede considerar la única causa de ella.

Recientemente se ha descubierto que algunas cepas de papilomavirus son más virulentas que otras.[12] Estas cepas están por lo general más implicadas en el cáncer de cuello uterino y otras graves anormalidades que muestra la citología. Pero los trabajos para determinar qué mujeres tienen las cepas más virulentas de papilomavirus, con el fin de prevenir anormalidades, no han resultado muy eficaces. Esto se debe a que las llamadas «cepas de virus benignos» están a veces implicadas en el desarrollo de tejido cervical, vaginal o vulvar anormal. En otros casos, las cepas más virulentas no causan ninguna anormalidad. En realidad no sabemos, en el sentido médico usual, quiénes van a desarrollar anormalidades debido al virus y quiénes no, a no ser que miremos los factores que pueden contribuir a debilitar la inmunidad. Por eso no recomiendo los análisis rutinarios del ADN del papilomavirus. Las anormalidades comienzan a proliferar y a causar daño solamente cuando el sistema inmunitario ya está debilitado en esa zona del cuerpo y no es capaz de mantener la salud del tejido.

En un estudio se comprobó que un estrés crónico y ciertas actitudes concretas acerca de la sexualidad cambian la irrigación sanguínea del tejido del cuello uterino e influyen en sus secreciones. Esto sugiere una relación entre el estrés y el consiguiente desarrollo de la enfermedad en esa zona del cuerpo.[13] La inmunosupresión debida a estrés emocional crónico o de otro tipo puede llevar a cambios en la inmunidad que permiten una mayor producción de virus. Es bien conocida la relación entre las pruebas citológicas anormales y un mal funcionamiento del sistema inmunitario: las mujeres a quienes les han trasplantado órganos y que toman fármacos inmunosupresores (prednisona, por ejemplo) tienen más probabilidades de obtener resultados anormales en las pruebas citológicas. También suelen tener brotes recurrentes de verrugas y herpes. (La reacción emocional al diagnóstico de verrugas venéreas puede ser similar a la del herpes. Si te preocupan estos trastornos, lee por favor ambas secciones.)

Si nuestro cuerpo es un holograma en el que cada parte contiene el todo (véase el capítulo 2), entonces el papilomavirus y las células anormales asociadas con este virus son dos aspectos interrelacionados de un todo mayor que aún no está totalmente entendido. Por diversas razones, la inmunodepresión hace mucho más probable que cualquier papilomavirus presente en el cuello del útero o en la vagina ataque a las células ya debilitadas. Yo considero que el papilomavirus es un oportunista, semejante a las águilas ratoneras que revolotean alrededor de un ternero moribundo. El virus «no causa» el cáncer, así como las águilas no hacen enfermar al ternero. Pero cuando el ternero ya está enfermo y moribundo, las águilas comienzan a revolotear a su alrededor. La mayoría de las mujeres que tienen el papilomavirus no desarrollan células anormales ni cáncer del cuello del útero, porque un buen funcionamiento inmunitario detiene gran parte de la actividad e infecciones virales.

Síntomas

Las mujeres infectadas por el papilomavirus acostumbran a tener excrecencias verrugosas (condiloma acuminado) en la parte exterior de la vulva, que no duelen pero se pueden ver y palpar. Es posible que estas crezcan y se multipliquen durante el embarazo, cuando las hormonas asociadas con el embarazo

estimulan su proliferación. Suelen desaparecer después del parto, cuando las hormonas vuelven a cambiar. Las verrugas pueden variar de aspecto, desde excrecencias en forma de placas hasta lesiones puntiagudas. Algunas mujeres sólo tienen unas pocas, mientras que otras tienen muchas sobre toda la vulva. El virus también puede ser causa de excrecencias verrugosas en la lengua, los labios y la garganta, aunque es excepcional que se produzcan en estos sitios. A veces la mujer no tiene verrugas visibles en la vulva, pero las tiene en la vagina o en el cuello del útero, y es posible que ni lo sepa.

La infección por papilomavirus va acompañada a veces de dolor vulvar crónico, vaginitis crónica e inflamación crónica del cuello del útero (cervicitis). Normalmente no se produce flujo vaginal, aunque puede haberlo. Dado que algunas mujeres tienen la infección por este virus junto con infecciones vaginales por hongos o la bacteria llamada Gardnerella (véase pág. 345), no siempre es posible discernir exactamente qué virus o bacteria causa qué síntoma. A menos que la mujer tenga excrecencias verrugosas en la vulva o irritación crónica vaginal o vulvar asociada con el papilomavirus, es posible que no se entere que lo tiene.

Diagnóstico

Las excrecencias verrugosas en la vulva, la vagina o el cuello del útero y las células anormales detectadas en una citología o una biopsia suelen ir asociadas con el papilomavirus. Si es la primera vez que aparecen, se hace una biopsia y se envía al laboratorio para confirmar el diagnóstico. A veces se diagnostica el papilomavirus por colposcopia (espéculo vaginal) o por cervigrama, que es una prueba exploratoria en que se toma una fotografía del cuello del útero después de aplicar ácido acético (vinagre) diluido al tejido. Cuando se aplica vinagre a la vulva, el cuello del útero o la vagina y está presente este virus, el tejido suele volverse blanco (entonces se lo llama «epitelio acetoblanco» o «células dérmicas blancas»). La biopsia de la zona blanca suele revelar papilomavirus.

Preguntas corrientes sobre el papilomavirus

¿POR QUÉ LO TIENEN TANTAS MUJERES? Es probable que el papilomavirus haya estado siempre presente en los genitales humanos. Ciertamente se encuentra en las pruebas citológicas de hace veinte años. Por entonces, sencillamente no se reconocía ni se estudiaba tanto como ahora. Varios factores han contribuido a que en la actualidad se diagnostique con más frecuencia. Uno es el advenimiento de la colposcopia, técnica de diagnóstico desarrollada en los años setenta para evaluar las pruebas citológicas anormales. Una colposcopia puede exigir biopsias de la vagina o el cuello uterino si se detecta cualquier zona anormal en el examen (para más detalles, véase pág. 333). A medida que se hacían más biopsias y se diagnosticaban anormalidades cervicales en sus primeras fases, los patólogos comenzaron a reconocer con más frecuencia los cambios celulares asociados con este virus.

La revolución sexual y el hecho de tener muchas parejas sexuales han incrementado el número de mujeres expuestas al virus. Los preservativos no siempre previenen la transmisión del papilomavirus (que se transmite por contacto físico) porque este puede estar presente en otras partes, además del pene, por ejemplo en el escroto; de todos modos, sirven de algo. Aunque una mujer sea monógama, puede estar expuesta a verrugas según el número de parejas sexuales que haya tenido su pareja. Entre los factores implicados en que este virus induzca la formación de excrecencias anormales están la inmunodepresión por una nutrición que no es óptima, las relaciones emocionales no sanas, el exceso de alcohol y el tabaco. Además, no transmitimos sólo los virus de nuestras parejas sexuales anteriores a nuestra pareja actual; también transmitimos nuestro actual estado de salud emocional, que determina en parte si esos virus se activan o no.

¿CÓMO COGÍ ESTO? ¿QUIÉN ME LO CONTAGIÓ? Esta es una de las preguntas importantes que se hacen muchas mujeres. La verdad es que este virus, igual que el del herpes, se inserta en el ADN del tejido que infecta y, una vez allí, puede estar dormido o latente durante años. Eso significa, teóricamente, que un virus que una mujer «cogió» en 1973 podría estar hasta 1998 sin manifestarse de ninguna forma visible. Esto también significa que quienquiera que se «lo contagiara» tal vez no sabía que lo tenía. He visto

a parejas monógamas en las que uno de ellos tiene verrugas o herpes y el otro no, a pesar de haber mantenido durante veinte años o más relaciones sexuales sin preservativo.

En una cultura que cree en la relación «causa y efecto», las infecciones por papilomavirus y herpes nos hacen trizas la ilusión de control. Algunas personas son «portadoras asintomáticas», es decir, pueden transmitir el virus a otras sin siquiera saber que lo tienen, de modo que nadie puede estar al ciento por ciento seguro de que no lo va a transmitir a otra persona una vez que lo tiene, aun en el caso de saberlo.

Lo que esto significa para las mujeres es lo siguiente: si una mujer se siente culpable o se odia a sí misma por su sexualidad, se va a preocupar u obsesionar hasta cierto grado por las infecciones de herpes y de papilomavirus. A incontables mujeres, la mayoría de ellas de ambientes religiosos estrictos dominados por el hombre, les han dado verdaderos ataques de vergüenza cuando les he diagnosticado herpes o verrugas. En algún lugar de su interior, creen que las personas que cogen el virus del herpes o el papilomavirus han hecho algo malo. He visto a muchas otras con esos trastornos quedarse paralizadas de culpabilidad, pensando que están manchadas para siempre. Les aterra la idea de transmitir el virus a otra persona. Dado que ya se sienten indignas, el diagnóstico de herpes o papilomavirus las hunde más aún. Así comienza en el cuerpo un círculo vicioso que continúa hasta deprimir el sistema inmunitario y que puede ser causa de continuos brotes. Los reportajes que aparecen en los medios de comunicación relacionando el papilomavirus y el herpes con el cáncer de cuello del útero empeoran aún más ese estado mental. La vergüenza y el miedo forman una combinación fatal para el sistema inmunitario.

(Más adelante en este capítulo ofrezco algunas recomendaciones para hacer frente emocional y mentalmente a estos trastornos y para fortalecer el sistema inmunitario.)

¿Presenta problemas en el embarazo el papilomavirus? Las hormonas que se producen durante el embarazo suelen estimular el crecimiento y la proliferación de las verrugas vulvares. En casos excepcionales, las verrugas pueden causar hemorragia en el momento del parto, sobre todo si se practica una episiotomía en una zona de la vulva afectada por verrugas. En general, no obstante, las verrugas no crean problemas en el embarazo. Suelen desaparecer sin tratamiento después del parto. Teóricamente, una mujer infectada por el virus puede transmitirlo al bebé en el parto y, también teóricamente, algunos bebés pueden tener papilomas en las cuerdas vocales (que se pueden tratar con cirugía). Sin embargo, esto es muy excepcional, y no es motivo para hacer cesárea a una mujer infectada por papilomavirus; el sistema inmunitario del bebé lo protege casi siempre.

Tratamiento

Una vez que se tiene el papilomavirus se tiene para siempre, de modo que el tratamiento se dirige a eliminar las verrugas visibles y a asegurarse de que no estén proliferando las células anormales o precancerosas que a veces acompañan a las verrugas. Una vez que se extirpa el grueso de la verruga, el sistema inmunitario puede tratar y eliminar el resto más fácilmente. No obstante, la extirpación o desaparición de una verruga no impide necesariamente que vuelva a aparecer ni elimina la posibilidad de transmisión.

Hay controversia respecto a si es importante que los hombres se traten las verrugas. Muchos médicos restan importancia al papel del hombre en la infección por papilomavirus, y muchos hombres están infectados sin tener verrugas visibles; por lo tanto, muchos no saben que las tienen y no se hace ningún esfuerzo por diagnosticarlas.[14] El cuello del úlero es un ambiente único y parece ser más propenso que la piel del pene o el escroto a las anormalidades que van asociadas con el virus.

Tratamiento con láser. El tratamiento con rayos láser, muy popular para las verrugas hace unos años, no ha estado a la altura de las primeras espectativas de la profesión médica. Si un médico es muy experto en el uso del láser, puede ser una buena manera de extirpar verrugas persistentes, pero unos cuantos estudios han comprobado que una vez que las verrugas se han eliminado del cuello del útero o de la vulva mediante láser, vuelven con más rapidez que si se eliminan con otros tratamientos. Tal vez esto se deba a que el láser vaporiza el tejido y extiende aún más el virus de la verruga por sus alrededores. El papilomavirus en las membranas mucosas de la vagina *y* el cuello del útero se puede comparar con el

virus presente en el tracto respiratorio que causa un resfriado. Nunca se nos ocurriría usar láser para limpiar del virus del resfriado las superficies de la tráquea y los bronquios. Pues, en realidad, usar láser para eliminar verrugas del tracto genital es lo mismo; sabemos que en última instancia no podemos erradicar el virus de la verruga, no más de lo que podemos erradicar el virus del resfriado común. Dado que hay muchas cepas diferentes de virus de verrugas, como de virus de resfriado, no es práctico hacer una vacuna. No me ha convencido la eficacia a largo plazo del tratamiento por láser, y prefiero otros.

PODOFILINA. La podofilina es una resina química derivada del podofilo *(Podophyllum peltatum).* Obstaculiza la división celular y por lo tanto detiene el crecimiento de las verrugas genitales. Puede ser eficaz para algunas personas, pero únicamente para las verrugas externas, porque puede tener efectos tóxicos en los tejidos adyacentes cuya división celular es normal. La podofilina se aplica exclusivamente sobre la verruga y debe lavarse al cabo de unas horas.

El Podofilox (Condylox) es una pomada tópica antiviral al 0,5 por ciento que la propia mujer puede aplicar a las verrugas externas después de un tratamiento inicial realizado por su médico. Este cómodo tratamiento podría disminuir las visitas a la consulta que debe hacer para las verrugas recurrentes. Este medicamento está emparentado con la podofilina y se vende con receta.[15]

Ácidos. Muchos médicos utilizan ácido tricloroacético para tratar las verrugas del cuello del útero, la vagina y la vulva. Este ácido es muy eficaz, pero no «cura» las verrugas, simplemente cauteriza las visibles. Se debe aplicar en cantidades ínfimas y sólo en las zonas verrugosas, porque causa dolorosas quemaduras en el tejido sano (también quema a través de la ropa). Incluso en las zonas verrugosas puede causar un inmediato escozor, seguido por una ulceración de la piel. Si el ácido toca cualquier otra zona que no sea la verruga (y suele hacerlo), la piel tarda entre una y dos semanas en sanar. También tarda ese tiempo en desprenderse la ulceración de la verruga. Es posible que sea necesario hacer más de una vez el tratamiento.

CRIOCAUTERIZACIÓN. Las verrugas se pueden congelar en la sala de consulta mediante un criocauterio. La congelación hace desaparecer la verruga en una o dos semanas. Encuentro que este tratamiento exige muoho tiempo, y suele ser doloroso para la paciente. Yo no lo uso.

ELECTROCAUTERIZACIÓN. Es posible la extirpación de grandes grupos de verrugas usando un electrocauterio. En este tratamiento se quema la verruga con un aparato eléctrico caliente. Normalmente se realiza con anestesia en el quirófano. Sólo recurrimos a él cuando no han resultado los demás métodos,

CAUTERIZACIÓN CON ELECTRODO EN BUCLE. Esta es una tecnología relativamente nueva, también llamada «cauterización de la zona de transformación con electrodo grande». Se aplica para eliminar verrugas y el tejido afectado en la vulva, el cuello del útero y la vagina. Extirpa las verrugas por electrocauterización, con un alambre en bucle cargado de electricidad. También se usa para tratar la displasia cervical. Puede ser muy beneficioso.

He visto «funcionar» todo tipo de tratamientos para las verrugas. Se sabe, por ejemplo, que las de las manos se desprenden después de diversos tratamientos, desde aplicar una patata fría hasta la hipnosis.[16] Sencillamente no sabemos qué es lo que hace desaparecer las verrugas, incluso después de miles de años en los que se ha comprobado que las verrugas son sensibles a la sugestión y a los remedios populares. Aunque la eliminación de las verrugas en realidad no «cura» nada, sí ayuda al cuerpo a combatir el papilomavirus. Un motivo de esto es que al tratamiento reduce la cantidad de virus que se desprende de la verruga. Otro motivo es que el sistema inmunitario se estimula por la sensación de que «estamos haciendo algo». Vivimos en una cultura muy activa, y a los estadounidenses nos gusta que se hagan cosas. Cuando tratamos una verruga y la eliminamos, la paciente tiene una cierta sensación de que la «están cuidando». El sistema inmunitario capta el mensaje y continúa «cuidándola»

NUTRICIÓN. El cambio dietético, los suplementos y la educación acerca del funcionamiento del sistema inmunitario pueden reforzar el tratamiento para eliminar verrugas. Las verrugas persistentes son un

indicador de inmunodepresión; ese es su mensaje. La expresión de las verrugas depende hasta cierto punto de lo bien que se cuida la mujer. Los estudios han demostrado que los alimentos ricos en antioxidantes, tales como la vitamina C, el ácido fólico, la vitamina A, la vitamina E, el betacaroteno y el selenio (o suplementos que los contengan), van bien para sanar y prevenir la displasia cervical.[17] Los antioxidantes llamados proantocianadinas, que se encuentran en la corteza del pino y la semilla de la uva, han demostrado ser útiles en algunos casos (para la dosificación, véase la sección «Displasia cervical). Dada la conexión entre papilomavirus, displasia cervical y cáncer del cuello de útero, a la mujer que tenga el papilomavirus le recomiendo que tome un buen suplemento de vitaminas y minerales que contenga esos nutrientes, y que siga también una dieta de alimentos integrales.

MEDICINA ENERGÉTICA. Permanecer al aire libre y hacer actividades que nos gustan fortalece el sistema inmunitario. Evidentemente, ninguna de nosotras tiene un control total sobre si un virus se inserta o no en nuestro ADN, ni sobre si se va a manifestar o no, una vez insertado. Pero, sobre todo en los casos de verrugas o herpes persistentes, sintonizar con nosotras mismas con amor, perdón, buena alimentación y un buen suplemento de vitaminas, puede hacer maravillas para impedir que las verrugas y el herpes vuelvan a aparecer.

Herpes

El herpes es un tipo de virus que puede causar pequeñas úlceras muy dolorosas en la vulva, la vagina o el cuello del útero. Los virus del herpes pueden producir también ampollas en los labios, o herpes labial. Se dividen en varios tipos. El de tipo 1 es el que causa el herpes labial; tiende a vivir «de cintura para arriba», pero de vez en cuando también causa infecciones genitales. El de tipo 2 tiende a vivir «de cintura para abajo» y es el virus más común asociado con el herpes genital. Ocasionalmente el herpes de tipo 2 vive «de cintura para arriba» y causa infecciones bucales. Una vez que la persona tiene herpes, lo tiene de por vida. Un virus del herpes que está dormido (o latente) reside en el tejido infectado alrededor de los labios (genitales o bucales) o en los nervios espinales.

Síntomas

Como ocurre con el papilomavirus, muchas mujeres que han estado expuestas al virus del herpes nunca presentan ampollas o úlceras y por lo tanto no tienen ningún motivo para sospechar que tienen el virus. De hecho, en un estudio en que se hizo análisis a mujeres con elevado riesgo de enfermedades de transmisión sexual, el 47 por ciento tenía el virus, aunque sólo la mitad de ellas habían tenido síntomas alguna vez.[18] Pero cuando el virus se activa, causa pequeñas úlceras muy características en los órganos genitales. El primer episodio de brote de herpes que tiene una persona (llamado «infección por herpes primario») puede ser terriblemente doloroso, con fiebre, enfermedad sistémica, hinchazón de los ganglios linfáticos de las ingles, dolor en los órganos genitales e incluso incapacidad para orinar secundaria al dolor y la infección por herpes en la vejiga o uretra. Después de un brote de herpes primario, la persona casi nunca volverá a tener síntomas tan fuertes, porque el cuerpo produce anticuerpos.

Los subsiguientes brotes se conocen como «herpes secundario». Por lo general, comienzan con una sensación de hormigueo o comezón en la zona afectada, seguida por el brote de una ampolla o úlcera. Algunas mujeres sienten dolor en las piernas también, porque el virus del herpes vive en los nervios espinales que inervan los órganos genitales y la parte interior de los muslos. Factores emocionales como la depresión, la angustia o la hostilidad pueden favorecer una mayor producción del virus del herpes y la consiguiente irritación vaginal crónica.[19]

Sin embargo, el herpes tiende a «quemarse solo» pasados unos años, íleo significa que la persona puede tener brotes frecuentes durante uno o dos años, pero que después no suelen continuar. Una de mis pacientes tuvo tan solo brote. Eso le ocurrió cuando se enteró de que su marido tenía una aventura extraconyugal. Finalmente se divorció, ahora tiene otra relación, y jamás ha tenido una recurrencia. Su sistema inmunitario ha mantenido inactivo al virus, aun cuando en su estilo de vida hay comportamientos que suelen estar relacionados con la inmunodepresión, como fumar mucho y al estrés que implica hacer dieta constantemente. En el caso de esta mujer, su sistema inmunitario de la zona genital mantiene

en remisión al herpes, lo cual es una prueba de que la inmunidad de nuestros lugares de entrada se fortalece cuando nuestras relaciones personales van bien.

Diagnóstico

La mejor manera de saber si se tiene herpes es consultar a un médico experimentado en el momento del brote. Aunque las úlceras del herpes tienen un aspecto característico, a veces las infecciones por hongos pueden producir zonas ulcerosas en la vulva parecidas a las del herpes. El diagnóstico se confirma haciendo un cultivo de una llaga activa. Incluso así, con frecuencia estos cultivos dan resultados negativos porque a veces es difícil para el virus proliferar en un cultivo de células. También se puede hacer un análisis de sangre para ver si hay anticuerpos del virus del herpes, pero la mayoría de las personas ya tienen anticuerpos de este virus porque es muy común.

Preguntas corrientes

¿DÓNDE COGÍ EL HERPES? ¿PUEDO TRANSMITÍRSELO A ALGUIEN? La respuesta a esta pregunta es la misma que para el papilomavirus: el virus puede estar latente durante años, de modo que una persona que tiene un brote primario puede haberlo «cogido» hace veinte años o más. He visto primeros brotes de herpes genitales en mujeres de 85 años que llevan veinte años viudas y célibes. Las mujeres pueden extenderse el virus a otras partes del cuerpo mediante lo que se llama «autoinoculación», al tocarse la llaga del herpes y después otras partes del cuerpo. Por eso es mejor evitar cuidadosamente el contacto con una llaga de herpes activa.

Las personas que tienen herpes labial pueden extender el virus a la zona genital practicando el sexo oral. En teoría, cualquier persona que ha tenido un herpes labial puede desarrollar un herpes genital. Si bien el virus de herpes labial (tipo 1) y el de herpes genital, (tipo 2) son diferentes y en general crecen mejor en la cavidad bucal o en el tracto genital respectivamente, en ocasiones puede darse una inoculación cruzada. Así, un virus de herpes bucal se desarrolla a veces en la zona genital, y viceversa. No hay ninguna garantía de que estos virus se queden en su sitio.

He visto a parejas monógamas en las cuales uno tenía brotes de herpes mientras que el otro nunca los había tenido, aunque jamás habían usado preservativos durante sus muchos años de relaciones sexuales. Pero generalmente se recomienda que las personas que tienen herpes usen preservativos para disminuir el riesgo de infectar a otra.

En general, los brotes de herpes acompañan a los siguientes productores de estrés: ansiedad y depresión, falta de sueño, esfuerzo excesivo y relaciones sexuales. Estos brotes pueden disminuir enormemente o desaparecer si se siguen los consejos sobre alimentación y hierbas que doy más adelante, en la sección «Tratamiento».

¿PRESENTA PROBLEMAS EN EL EMBARAZO EL HERPES? Aún hay mucho miedo y desinformación respecto al herpes durante el embarazo. El herpes no causa problemas en el embarazo antes del parto, a no ser que la primera exposición al virus ocurra durante el embarazo mismo y el virus llegue a niveles elevados en la sangre (viremia). Es muy raro que una madre transmita una infección de herpes al bebé durante el embarazo.

Lo que preocupa a la mayoría de las mujeres es si van a necesitar cesárea debido a una llaga de herpes activa en la vulva, la vagina o el cuello del útero en el momento del parto. No es infrecuente el parto con cesárea para prevenir la posible exposición del bebé al virus de la madre, aun cuando el número de casos documentados de bebés infectados de herpes por la madre es sumamente bajo. De todas maneras suele practicarse cesárea debido a que los pocos bebés que sí se contagian del herpes pueden desarrollar infecciones peligrosas para su vida.

Estar preocupada durante todo el embarazo por si se va a tener o no un brote de herpes activo en el momento del parto podría, a mi juicio, aumentar la posibilidad de un brote. Hay algunas medidas muy positivas que se pueden tomar para evitar esto. (Véase la sección «Tratamiento».)

Tratamiento

MEDICAMENTOS. El aciclovir (Zovirax) es el fármaco antiherpes más extendido en el mercado en estos momentos. Se presenta en forma de pastillas y de pomada, y algunas personas lo han empleado durante largo tiempo (de dos a tres años). Tomado por vía oral, este medicamento antiviral funciona *como* cualquier antibiótico en el organismo. Durante las *24* horas después de haber tomado las pastillas, el virus se inactiva. La pomada para las llagas tarda un poco más en hacer efecto. El aciclovir es particularmente eficaz en las infecciones primarias (es decir, la primera vez que e tiene un brote de herpes).

Aunque he recetado aciclovir a las mujeres que lo desean, me inquieta que su uso permanente pueda provocar la aparición de cepas más reticentes del virus, que serán aún más difíciles de tratar que las actuales. Esto ha ocurrido con otros microorganismos causantes de enfermedad en los cuarenta años que los médicos llevan prescribiendo fármacos antibióticos y antivirales. Recetar antibióticos rutinariamente cuando no están indicados y no buscar otras maneras de apoyar la propia capacidad del sistema inmunitario para combatir los gérmenes, ha tenido por consecuencia nuestra actual batalla contra las cepas de «supermicrobios» de la tuberculosis, la neumonía y los estafilococos. Por este motivo prefiero un método que fortalezca la capacidad innata de la mujer para mantener controlados los virus.

TRATAMIENTOS DIETÉTICO Y HERBOLARIO. El ajo es un remedio muy eficaz para prevenir la recurrencia del herpes, y no tiene efectos secundarios conocidos. También va bien para el herpes labial. Se ha comprobado que el ajo tiene propiedades antivirales, antibacterianas y antifúngicas.[20] Para las mujeres que tienen brotes recurrentes de herpes, mi centro recomienda lo siguiente: cuando *comience* el conocido hormigueo o picor que anuncia un brote, tomar inmediatamente 12 cápsulas de ajo desodorizado[21] (se encuentra en las tiendas de alimentos dietéticos). Después continuar tomando tres cápsulas cada cuatro horas durante los tres días siguientes, en las horas de vigilia. En casi todos los casos, se detiene el brote de herpes. Conviene tomar la variedad de ajo desodorizada para evitar el mal aliento, que es el único inconveniente del ajo. Generalmente recomiendo *marcas* que contengan alicina.

A las mujeres que tienen un historial de herpes y desean quedarse embarazadas o ya lo están, les recomiendo tomar dos cápsulas de ajo al día. Esta cantidad se puede aumentar hasta seis u ocho cápsulas diarias si están más estresadas de lo habitual. Según mi experiencia clínica, las mujeres que hacen esto y aumentan la dosis de ajo en periodos de estrés, no tienen brotes de herpes.

El extracto de melisa *(Melissa officinalis),* también llamada limonera, tiene actividad antiviral contra el herpes, según se ha comprobado científicamente. Puede prevenir las úlceras y acelerar su curación si se toma al comienzo de los síntomas.[22] En las tiendas de alimentos dietéticos se puede encontrar este extracto en forma de crema, con el nombre de Herpalieve; deberá aplicarse a la zona afectada de dos a cuatro veces al día durante cinco o diez días.

El aceite de melaleuca, extraído del árbol australiano del mismo nombre, se puede aplicar directamente sobre la zona afectada antes del brote de herpes, ya sea con un aplicador o *con* el dedo. En la mayoría de los casos, este tratamiento tópico prevendrá el brote.[23]

Algunas personas toman zinc o vitamina C con bioflavonoides, mientras que otras se aplican pomada de sulfato de zinc, de vitamina E o de succinato de litio para prevenir o tratar los brotes de herpes. Otras personas toman el aminoácido lisina para prevenir los brotes. Yo recomendaría estos tratamientos solamente si el ajo, la melisa y el cayeputi no dan resultado en la prevención del brote.

- **Vitamina C**, zinc y bioflavonoides: 200 mg de vitamina C con bioflavonoides; 100 mg de zinc. Cada uno de estos suplementos se toma tres veces al día con las comidas al comienzo de las molestias.
- **Pomadas de litio, zinc o vitamina E**: Se aplican dentro de las 48 horas de la aparición del brote del herpes y se continúan las aplicaciones cuatro veces al día hasta que desaparezca.24
- **Lisina**: Algunas mujeres obtienen muy buenos resultados en la prevención del brote de herpes tomando el aminoácido lisina como suplemento, 400 mg tres veces al día. Al mismo tiempo se reduce el consumo alimentario del aminoácido arginina, para optimar la proporción lisina/arginina. Esto elimina los síntomas y disminuye el índice de recurrencia. Los alimentos buenos para aumentar el consumo de lisina son las patatas, la levadura de cerveza, el pescado, las legumbres y los

huevos. Los alimentos ricos en arginina, que deberán evitarse, son el chocolate, los cacahuetes y otros frutos secos. Si se usa la terapia con lisina, deberán controlarse los niveles de colesterol, ya que esta terapia podría estimular al hígado a fabricar colesterol.25

Cervicitis

La verdadera cervicitis es una inflamación del cuello del útero causada por los mismos agentes infecciosos que causan la vaginitis, como los tricomonas o los hongos. La cervicitis y la vaginitis suelen estar presentes al mismo tiempo, y el tratamiento para las dos es el mismo (véase la sección sobre la vaginitis, pág. 344).

En algunas mujeres, las células del interior del cuello uterino que segretan mucosidad, a veces se extienden hasta el exterior del cuello del útero. Esto es una variación anatómica normal y no una cervicitis. Aunque estas mujeres en ocasiones tienen un poco más de flujo vaginal de lo normal, se trata de algo que pocas veces requiere tratamiento. En los casos en que este flujo represente un verdadero problema, puede realizarse una criocauterización del cuello uterino o una cauterización con electrodo en bucle (véase pág. 319).

Displasia cervical
(células anormales detectadas en la citología)

Displasia cervical es el nombre que se da a las anormalidades celulares que se producen en el canal endocervical o en el propio cuello del útero; «displasia» simplemente significa «anormal». Una prueba citológica revela si hay células anormales en el cuello del útero, y estas células se clasifican según criterios estandarizados. Los términos que se usan para clasificar estas anormalidades son: *neoplasia cervical intraepitelial (NCI),* que significa que hay células anormales en la capa de células epiteliales que cubren el cuello del útero, y *lesiones escamosas intraepiteliales (LEI),* que significa que hay células anormales en la capa de células escamosas que cubren el cuello del útero, la vagina o la vulva. Los patólogos que analizan las pruebas citológicas clasifican estas células con números, según el grado de cambio celular. Así NCI 1 o LEI 1 se consideran moderados, mientras que NCI 3 o 4 o LEI 3 o 4 se consideran graves.

Cuando un examen citológico resulta anormal, sé que la mujer va a pensar inmediatamente en el peor pronóstico posible: «¡Oh, no! ¡Tengo cáncer!». Una rápida investigación de las células anormales generalmente la tranquiliza. La mayoría de las veces estas células anormales no significan cáncer, aunque un cierto porcentaje de displasias continúan avanzando hasta convertirse en cáncer del cuello de útero si no se diagnostican y tratan. Algunas anormalidades NCI, particularmente las moderadas, desaparecen solas. Probablemente *esto se* debe a que la mayoría de las displasias moderadas son en realidad infecciones por papilomavirus autolimitadoras. Las infecciones autolimitadoras son aquellas de las que el sistema inmunitario se cuida él solo.

Pueden producirse displasias cervicales cuando la mujer está en conflicto por desear serlo todo para todos, como es el caso de la que es madre, trabaja a jornada completa y la aflige no hacer bien ninguno de estos dos trabajos. A esto yo lo llamo «disfunción rueda de andar». Tener la sensación de correr sin avanzar, ciertamente no favorece el buen funcionamiento del sistema inmunitario. Una mala dieta, la contaminación ambiental, la poca autoestima y un poco de vergüenza religiosa, pueden también disponer el escenario para las displasias cervicales.

Estudios científicos han demostrado que hay diferencias emocionales entre las mujeres cuya displasia cervical avanza y aquellas cuya displasia se mantiene moderada o desaparece. Las mujeres cuya displasia se agravó fueron aquellas que se mostraron pasivas y pesimistas en situaciones estresantes; evitaron sentir la ansiedad y la expresaron somáticamente, con síntomas físicos, como migrañas, dolor de espalda y otros trastornos. Por su parte, las mujeres cuya displasia se mantuvo moderada fueron aquellas que hicieron frente al estrés de modo más optimista y activo, efectuando un cambio en su vida o buscando soluciones creativas para sus problemas.[26]

Síntomas

Las displasias cervicales no suelen ir acompañadas por síntomas, aunque algunas mujeres me han dicho que sabían que algo iba mal porque tenían una sensación «de ardor» en la zona del cuello del útero. (El cáncer de cuello del útero o cervical también puede ser asintomático, pero entre sus síntomas suele haber hemorragias entre reglas, dolor pelviano, flujo vaginal maloliente y/o sangre después de la relación sexual.)

El examen citológico Papanicolau

Esta citología es el examen exploratorio de enfermedad más rentable conocido en la medicina moderna, un hecho que ha sido prácticamente olvidado en las recientes polémicas respecto a su fiabilidad. Desde que el doctor George Papanicolau introdujera este examen citológico a fines de años cuarenta, los índices de cáncer del cuello uterino y de muertes por su causa han bajado espectacularmente. De hecho, se estima que en actualidad se previenen un 70 por ciento de muertes por cáncer del cuello uterino gracias a esta prueba barata y no invasora. Estos resultados son tan impresionantes que a veces bromeo sobre la necesidad de centros Papanicolau a donde se pueda ir a hacerse el examen con la misma facilidad con que se va a comer a un McDonald.[27] Este examen citológico se realiza extrayendo una muestra de células la la zona de transformación de la unión escamocolumnar del interior orificio del cuello del útero. En nuestro consultorio, como la mayoría de los médicos de la región, usamos un cepillo suave llamado «citocepillo» para facilitar la obtención de una buena muestra. Las células se extienden sobre una platina y se las rocía o cubre con un preservador celular químico. Después las analiza al microscopio una persona preparada para examinar anormalidades celulares.

El examen citológico Papanicolau no es perfecto; aún no se ha erradicado el cáncer de cuello del útero. En Estados Unidos siguen muriendo unas siete mil mujeres al año de esta enfermedad, y no todas habían dejado de hacerse su examen citológico regular. En el laboratorio de *nuestro* hospital, el número de resultados negativos falsos es de alrededor de un 13 por ciento, lo cual significa que el 13 por ciento de las mujeres cuya citología resultó normal, en realidad tenían una anormalidad en el cuello del útero que el examen citológico Papanicolau no detectó. La causa principal de esto es lo que se llama «error de muestra», es decir, la técnica utilizada para la muestra no recogió ninguna de las células anormales del cuello del útero.[28]

Las anormalidades del tracto genital superior, el endometrio, las trompas de Falopio y ocasionalmente los ovarios, aparecen a veces en el examen citológico Papanicolau, pero sólo rara vez. Esta citología está destinada solamente a detectar las anormalidades del cuello del útero. Muchas mujeres no entienden esta limitación en la capacidad de su médico para diagnosticar.

La siguiente es la recomendación médica estándar, aprobada por el Colegio de Obstetras y Ginecólogos, la Sociedad para el Cáncer, el Instituto Nacional del Cáncer, el Colegio de Médicos y la Academia de Médicos de Cabecera de Estados Unidos: «Todas las mujeres que han tenido o tienen una vida sexual activa o que han cumplido los 18 años, deberán hacerse una citología y un examen pelviano anuales. Después de tres o más exámenes anuales consecutivos satisfactorios, con resultados normales, el examen citológico Papanicolau podría hacerse con menos frecuencia en una mujer de bajo riesgo según el parecer de su médico».[29] Estoy de acuerdo con esta recomendación, pero con una salvedad; me gustaría cambiar la última frase de modo que dijera: «según el parecer conjunto de la paciente y su médico», porque, como sabes, soy partidaria de que el cuidado de la salud se haga en sociedad, en la cual las dos partes tienen voz y voto en la toma de decisiones.

Yo recomendaría un examen citológico anual en cualquiera de los casos siguientes:

- Haber tenido la primera relación sexual a edad temprana.
- Tener una pareja sexual que ha tenido una pareja con cáncer de cuello del útero.
- Tener un historial de infección por papilomavirus (verrugas venéreas), actual o pasado.
- Tener un historial de infección por herpes genital, actual o pasado.
- Estar infectada por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), es decir, el virus del sida.
- Estar afectada de inmunodepresión secundaria al trasplante de un órgano (por ejemplo, trasplante de riñón).

- Fumar o tomar regularmente alcohol, cocaína u otras substancias similares.
- Un historial de pruebas citológicas anormales o cáncer de cuello del útero, del útero, de la vagina o de la vulva.
- Un nivel socioeconómico bajo (el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos señala que este factor es una posible causa de un buen número de otros factores estrechamente relacionados que suelen colocar a la mujer en mayor riesgo).

En el caso de histerectomía por un trastorno benigno, los nuevos estudios han demostrado que no es útil el examen citológico regular de la vagina a no ser que haya un historial de cáncer del tracto genital o carcinoma en el cuello del útero. Hasta 1995, el Colegio de Obstetras y Ginecólogos de Estados Unidos los recomendaba siempre. Pero en 1996, en un análisis de 9.610 pruebas citológicas vaginales de mujeres a las que se había practicado una histerectomía por trastornos benignos, la doctora Katherine Pearce y sus colegas descubrieron que el valor de la prueba para detectar cáncer vaginal era del 0 por ciento.[30]

¿QUÉ FIABILIDAD TIENE EL EXAMEN CITOLÓGICO PAPANICOLAU? Ningún examen es fiable al ciento por ciento, y el citológico no es una excepción. Los estudios han demostrado que el índice de resultados negativos falsos varía entre el 5 y el 50 por ciento, según el médico y el laboratorio usado. De vez en cuando el Papanicolau da un resultado negativo aunque haya células anormales presentes. Alrededor de dos tercios de estas cito- as negativas falsas son consecuencia de errores cometidos por el médico al coger las células (llamados «errores de muestra»), y alrededor de tercio se deben a errores del laboratorio. El Gobierno ha tratado de solventar el problema de los errores de los laboratorios estableciendo *normas más* estrictas. También hay veces en que las células anormales del cuello del útero están situadas en lugares a los que sencillamente no se puede llegar para coger la muestra. Así pues, incluso en las circunstancias ideales, cuando todo se hace perfectamente, es posible que no se detecte a tiempo un cáncer de cuello del útero con una citología de rutina.

Una manera de asegurar la mejor calidad posible del resultado del examen citológico es enterarse del tipo de relación que hay entre el ginecólogo y el laboratorio al que se envía la muestra citológica. Pregúntale a tu médico si puede decirle personalmente al patólogo responsable del laboratorio que revise los resultados anormales o sospechosos que podrían requerir una atención especial. Cuando el médico que toma la muestra y el patólogo que es el responsable de firmar los resultados del examen puedan hablar sobre los casos problemáticos, mejorará la calidad de la atención médica. (Véase también la sección sobre las nuevas tecnologías para analizar las células del cuello del útero.)

¿QUÉ OCURRE CUANDO LA PRUEBA CITOLÓGICA NO ES NEGATIVA? A veces el resultado de la citología asusta o confunde. Las categorías de resultados citológicos y las maneras de tratarlos son las siguientes:

- En ocasiones el resultado de la prueba citológica es calificado de «insatisfactorio para la interpretación» o «limitado». Esto no es motivo para alarmarse. Simplemente significa que en la muestra no había células suficientes para interpretarla bien o que las células vistas eran normales, pero su interpretación es limitada debido al escaso número de células. El hecho de que se califique el resultado de «insatisfactorio» no significa necesariamente que el médico tomó una muestra mala o que lo hizo mal. Sólo significa que es necesario repetirla.
- Otra designación utilizada en el informe de las pruebas citológicas es: «interpretación limitada secundaria a inflamación». A veces en las células tomadas en la muestra hay inflamación debida a una infección por hongos, tricomonas o bacterias. La inflamación también puede deberse a que el tejido del cuello del útero o la vagina está más delgado (a esto se lo llama «atrofia»), algo que ocurre después del embarazo, después de la menopausia o durante otros periodos en que el nivel de *estrógeno es bajo. La presencia* de células inflamadas en la muestra citológica casi nunca es causa de alarma. Simplemente hay que repetir el examen una vez que se haya tratado la infección o el tejido atrófico. En muchos casos la inflamación desaparece sola, sin ningún tratamiento, sobre todo si se mejoran la dieta y el estilo de vida cuando es necesario.
- Una categoría de resultado citológico que suele confundir mucho a médicos y pacientes por igual es la llamada «células escamosas atípicas de trascendencia indeterminada» (en inglés, ASCUS),

que ocurre en el 10 por ciento de las pruebas citológicas. La mayoría de las veces que la citología viene con ese informe, significa que las células del cuello del útero parecen atípicas debido a algún tipo de reacción: curación, inflamación, atrofia, etcétera. En el 75 por ciento de los casos no hay ninguna enfermedad del cuello del útero. Sin embargo, debido a la obsesión cultural por la enfermedad, si la mujer recibe este diagnóstico se podría preocupar excesivamente y sentir la necesidad de que le repitan la prueba o le hagan un examen invasor como una biopsia (lo cual también significa más gastos).

En general, no se corre ningún riesgo si se espera entre cuatro y seis meses para repetir el examen, a no ser que la propia guía interior diga otra cosa. Si hay una inflamación y el médico logra encontrar la causa, hay que tratarla y después repetir el examen citológico. Las células escamosas atípicas que acompañan a los cambios atrofíeos desaparecerán con el tratamiento tópico con estrógeno o con un tratamiento que nutra y restablezca la mucosa vaginal. Se ha comprobado que el Remifemin, un extracto estandarizado de cimifuga, normaliza el grosor de los tejidos vaginales al cabo de un tiempo que va de las cuatro a las seis semanas, de modo que esa es una buena opción para las mujeres que necesitan evitar el estrógeno. Otra buena opción es el estriol (véase el capítulo 14).

- En algunos casos, la presencia de células escamosas atípicas en la muestra citológica podría indicar que hay también lo que ahora se llama «lesión escamosa intraepitelial de bajo grado»; este es el nuevo nombre de lo que antes se llamaba «citología de clase 3». Cuando el resultado de la prueba citológica hace sospechar una lesión intraepitelial, es importante hacer un concienzudo seguimiento, repitiendo el examen citológico cada cuatro, cinco o seis meses, hasta que los resultados sean normales. Según las estadísticas, el 50 por ciento de las anormalidades desaparecen solas, lo cual es una muy buena noticia. En algunos casos el médico podría recomendar, o la mujer podría preferir, más exploraciones del cuello del útero mediante una prueba llamada «colposcopia». Durante una colposcopia se mira el cuello del útero con una lente de aumento; se ven con mucha claridad las zonas de anormalidad, se hace una biopsia si se precisa un análisis más completo y con frecuencia se eliminan de inmediato. Yo recomendaría también tomar suplementos antioxidantes.
- Por último, si el resultado del examen citológico es una «lesión escamosa intraepitelial de alto grado», el médico programará una colposcopia y ordenará una biopsia del cuello del útero, y posiblemente incluso una cauterización con electrodo en bucle, para tener la seguridad absoluta del grado de anormalidad. La cauterización con electrodo en bucle elimina el tejido anormal con fines de diagnóstico y tratamiento, a la vez que preserva el funcionamiento normal del cuello del útero. Esta operación se puede realizar en la consulta y a veces reemplaza la biopsia por conización, que es un tratamiento para los cambios precancerosos en el cuello del útero y que debe realizarse en el quirófano con anestesia. En cualquier caso, yo recomendaría una dieta rica en ácido fólico y vitaminas del complejo B (o tomarlos en forma de suplementos) a cualquier mujer cuyas células del cuello del útero presenten cambios atípicos que podrían ser precancerosos o no.

Otras tecnologías para explorar las células del cuello del útero. En una incesante búsqueda de mayor exactitud para detectar patologías, más la creencia de que tener más información nos va a salvar, en los últimos años los investigadores han desarrollado nuevas tecnologías capaces de dar más información acerca de anormalidades en el cuello del útero que el examen citológico Papanicolau solo. Ejemplos de esto son: la prueba PapNet, que utiliza la lectura computarizada de las células del cuello del útero para detectar anormalidades que los ojos humanos podrían no haber visto; la prueba ThinPrep, que facilita la lectura de la muestra citológica, y diversos sistemas de análisis para detectar la presencia del papilomavirus humano. En la prueba ThinPrep, la muestra citológica se sumerje en un vial con líquido para impedir que las células se sequen; después se filtran para eliminar desechos y se colocan en una platina. Los estudios realizados por el fabricante sugieren que, comparado con las técnicas normales para analizar la muestra, la prueba ThinPrep mejora en un 65 por ciento la detección de células anormales y reduce en un 50 por ciento los análisis menos que buenos.[31] Los sistemas para detectar el papilomavirus en las células del cuello del útero no son muy útiles en esta época, porque tener esa información no cambia necesariamente el tratamiento. Lo que tienen en común estas técnicas de exploración mejoradas es que aumentan la posibilidad de encontrar anormalidades algunas de las cuales ni siquiera vale la pena encontrar), y también aumentan al doble el precio de un examen citológico: de 20 a 40 dólares [de 3.000 a 6.000 pesetas]. Por lo tanto, no las recomiendo rutinariamente, aunque bien podrían ser útiles para mujeres en situación de alto riesgo.

CERVIGRAFÍA. Un cervigrama es una fotografía del cuello del útero, tomada al mismo tiempo que se coge la muestra citológica. En Women to Women ofrecemos esta prueba (que no siempre cubre el seguro médico) a cualquier mujer que haya tenido una citología anormal o que desee mayor seguridad (lo mismo se puede aplicar a cualquiera de las pruebas exploratorias mencionadas). Una citología negativa y un cervigrama negativo dan a la paciente un 90 por ciento de seguridad de que su cuello uterino está normal.[32] El problema de la cervigrafía, y de las otras técnicas mencionadas, es que son tan sensibles que detectan anormalidades fue la mayoría de las veces desaparecerían solas, asustando así innecesariamente a las mujeres y minando su confianza en su cuerpo. Como ya he dicho, el 75 por ciento de las mujeres con resultados equívocos en su citolología no tienen ninguna enfermedad. Al desarrollar pruebas exploratorias que nos dan informaciones que en realidad no nos sirven en lo que respecta a la prevención o el tratamiento, podríamos acabar sencillamente aumentando el grado de angustia de la paciente, impidiendo así tal vez que su cuerpo se cure justamente del trastorno que queríamos explorar.

COLPOSCOPIA. Una vez que una mujer tiene un examen citológico o un cervigrama anormales, el paso siguiente es delinear más la extensión del problema mediante una colposcopia. En ella, se observa el cuello del útero a través de una lente de aumento, para examinar los vasos sanguíneos y las formas de los tejidos. Se hace una biopsia de las zonas que parecen anormales, y se envía al laboratorio. Se presta especial atención a la zona de unión escamocolumnar, examinándola concienzudamente. A veces las células anormales se extienden hasta el interior del cuello del útero, donde no se pueden ver ni examinar. En esos casos se recomienda una biopsia por conización (biopsia del interior del cuello uterino en forma de cono) o una cauterización con electrodo en bucle (véase pág. 319) para explorar más el tejido del interior del cuello del útero. Este procedimiento no es sólo diagnóstico, sino que suele ser también curativo. Existe una anestesia local que se rocía en el cuello del útero (o en la vagina) antes de hacer la biopsia, con lo cual la operación es prácticamente indolora. Pregunta sobre esto a tu médico.

Preguntas corrientes

¿CÓMO LA CONTRAJE? Nadie sabe exactamente por qué una mujer desarrolla una displasia cervical y otra no. A semejanza del papilomavirus, la displasia cervical está relacionada con el funcionamiento del sistema inmunitario. En un estudio se comprobó que las mujeres que tomaban fármacos inmunosupresores para trasplante de riñón tenían siete veces más posibilidades de desarrollar anormalidades citológicas que las del grupo de control, formado por pacientes no inmunosuprimidas. Fumar es un riesgo categórico para anormalidades citológicas conducentes al cáncer del cuello del útero. Se ha comprobado también que las mujeres que presentan anormalidades en el cuello del útero tienen niveles más bajos de antioxidantes y ácido fólico en la sangre. Hay una relación conocida entre las píldoras anticonceptivas y ciertos tipos de displasias cervicales.[33] Esto podría deberse en parte a que la píldora baja el nivel de elementos nutritivos en la sangre, por ejemplo de las vitaminas B.

¿PUEDE EL TABACO AUMENTAR EL RIESGO DE DISPLASIA CERVICAL? Muchos estudios han documentado la relación entre el tabaco y la displasia cervical. Incluso se ha encontrado cotinina, un subproducto tóxico del tabaco, en la mucosa del cuello del útero de fumadoras. Si fumas, el tabaco afectará adversamente a la inmunidad de las mucosas vaginal y del cuello del útero.

Tratamiento

Las mujeres han de saber que en algunos estudios se ha comprobado que hasta un 50 por ciento de las anormalidades cervicales moderadas se normalizan sin tratamiento. Un porcentaje menor de anormalidades más serias también retroceden. Pero a veces empeoran con cierta rapidez. Dado que nadie sabe qué lesiones van a desaparecer y cuáles van a desarrollarse rápidamente, recomiendo tratamiento a todas las mujeres que tengan anormalidades en el cuello del útero.

El objetivo del tratamiento para la displasia cervical es erradicar todo el tejido anormal. La medicina ginecológica estándar tiene excelentes instrumentos para tratar tanto la displasia como el cáncer del

cuello del útero en sus primeras fases. El índice de curación por métodos estándar está por encima del 90 por ciento.

Entre los métodos para destruir el tejido cervical anormal se cuentan el láser, la criocauterización, el ácido tricloroacético y la cauterización con electrodo en bucle. Este último método se usa para diagnosticar y tratar algunos casos de lesiones escamosas intraepiteliales que antes precisaban una biopsia por conización, una operación quirúrgica con anestesia practicada en el hospital. Algunos médicos usan el láser de este mismo modo. Me ha complacido muchísimo ver cómo sana el cuello del útero después de una cauterización con electrodo en bucle.

Para estar seguras de que no vuelve la anormalidad es necesario un seguimiento regular con exámenes citológicos Papanicolau cada tres meses durante un año, y cada seis después. Pasados varios años de exámenes citológicos normales cada seis meses, algunas de mis pacientes los siguen haciendo anualmente. Esta es una decisión personal. Una de mis colegas dice: «Nadie se ha muerto jamás de un seguimiento atento». Las mujeres que han tenido displasia cervical podrían tener problemas si la enfermedad progresa; por eso parece apropiado hacer exploraciones más frecuentes.

NUTRICIÓN. Numerosos estudios han relacionado los niveles bajos de Vitaminas A y del complejo B con la displasia cervical. Los anticonceptivos orales pueden aumentar las posibilidades de anormalidades citológicas, aunque los informes que apoyan esto no son muy conocidos por los ginecólogos; la píldora baja el nivel de la vitamina B en la sangre. En las mujeres cuya dieta ya es pobre en elementos nutritivos, la píldora puede provocar un ligero estado de insuficiencia o carencia. Se ha usado el ácido fólico en altas dosis para dar marcha atrás a displasias cervicales de mujeres que las desarrollaron cuando tomaban la píldora. Por eso, siempre que receto la píldora, también recomiendo un buen suplemento multivitamínico rico en el complejo B y que contenga ácido fólico.

Si en el examen citológico has tenido el resultado de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado u otra categoría anormal, añade 5 mg diarios de ácido fólico a tu dieta, junto con un buen complejo vitamínico B y un suplemento de vitaminas y minerales. (La dosis de ácido fólico recomendada normalmente es.de 400 mcg diarios, de modo que esta es una dosis mucho mayor.) Añade también antioxidantes; uno de los mejores procede de un grupo de substancias vegetales llamadas proantocianadinas, que se encuentran en las pepitas de uva o en la corteza de pino; son marcas populares el Pycnogenol y el Proflavenol. Comienza por 2 mg por kilo de peso corporal, repartidos en dos o tres dosis diarias, durante una semana; después disminuye la dosis a 20 mg dos o tres veces al día. Por cierto, he visto mejorar enormemente muchos casos de displasia cervical leve a moderada con un suplemento de vitaminas y minerales más antioxidantes.[34]

Historias de mujeres

Cuando la mujer está dispuesta a mirar los puntos de estrés de su vida, y combina su trabajo interior con las técnicas médicas estándar, casi tiene garantizado el éxito. A continuación, explico las historias de las reacciones de tres mujeres a los mensajes de su cuerpo mediante cáncer de cuello de útero y anormalidades cervicales y vulvares, y sus esfuerzos por comprender y tratar sus problemas emocionales.

SYLVIA: LLAMADA A DESPERTAR. Sylvia tenía 39 años cuando vino a verme por primera vez. Dos años antes le habían diagnosticado las fases iniciales de cáncer de cuello de útero, después de lo cual le hicieron un tratamiento de biopsia por conización. Durante dos años tuvo exámenes citológicos normales, pero en un examen de seguimiento le encontraron neoplasia cervical intraepitelial de grado 2 (NCI 2). Después de ese diagnóstico, cuando ya salía de la sala, la enfermera le comentó: «Lástima que esto siempre recurra cada dos años».

Después Sylvia diría que ese comentario la puso finalmente en acción. Siempre había tenido la intención de dejar de fumar, de beber alcohol y de tomar café, pero en ese momento comprendió que era asunto de vida o muerte y que tenía que tomar medidas ya. Me dijo además: «Comprendí también que era hora de dejar de odiar a mi madre. Hasta hace un año más o menos yo era la típica "chica mala". Entonces comencé a hacer visualizaciones sanadoras y a meditar. En mi trabajo de sanación comprendí que venía de una familia en la que muchas generaciones de mujeres se han odiado a sí mismas. Mi cu-

ñada murió de cáncer de pulmón por fumarse cuatro paquetes de cigarrillos diarios, y en su funeral mi madre me trató peor que nunca. Dos o tres días después de eso, me diagnosticaron cáncer de cuello del útero. Lo agradezco, porque ahora me siento viva y antes casi nunca sentía eso».

También me contó que a todas sus hermanas les habían practicado una histerectomía y que a una de ellas le habían extirpado el pecho por cáncer de mama. «A mi madre le extirparon el útero, y es una mujer que está llena de odio contra sí misma. Ahora de pronto me doy cuenta de que todas estas mujeres de mi familia se odian a sí mismas y que han hecho eso durante años.»

Sylvia decidió romper ese molde. Para hacerlo, mejoró su dieta, dejó de fumar y comenzó a llevar un diario en el que escribía todas las ideas que le surgían acerca de las creencias que ya no le servían. Comenzó a tratarse con más respeto en todos los aspectos. Desde que se le extirpó la anormalidad, todos sus exámenes citológicos han sido normales.

Faith: Sanación de displasias cervical y vulvar. Faith tenía algo más de 30 años cuando vino a verme por primera vez en 1989. Era enfermera y asistía a clases de arte. El año anterior le habían diagnosticado una neoplasia intraepitelial del cuello del útero, de la vulva y de la vagina, todas de grado 1. Se creyó que esas anormalidades eran secundarias a una infección por papilomavirus y la trataron con láser. Pero le habían vuelto esas mismas anormalidades; su médico le volvió a recomendar un tratamiento con láser, pero ella se resistió; el anterior había sido bastante doloroso y no le ofrecía ninguna garantía de éxito.

Cuando vino a verme, ya había hecho algunos cambios en la dieta y los estaba disfrutando. Le expliqué la naturaleza viral de la infección por papilomavirus y las subsiguientes anormalidades celulares; le dije que podía fortalecer su sistema inmunitario mejorando aún más su dieta y mediante prácticas sanadoras de su elección. También le recomendé que tomara suplementos por un tiempo. Ella comprendió la importancia de un atento seguimiento.

Después no volví a saber más de ella hasta pasados tres años, cuando vino a verme para una consulta. Me dijo que a los seis meses de sus cambios dietéticos y de practicar la meditación habían desaparecido todas sus anormalidades celulares. Su médico no podía creerlo. Los exámenes citológicos habían continuado normales. Pero en esos momentos estaba contemplando la posibilidad de volver a tener relaciones sexuales y estaba preocupada por el papilomavirus. ¿Volvería a tener brotes? Ya había hecho mucho trabajo interior alrededor de su sexualidad, leyendo y siguiendo el programa de Doce Pasos en reuniones de grupo, particularmente el de Adictos al Sexo y al Amor Anónimos. Comprendía que en el pasado había tenido relaciones sexuales cuando no lo deseaba, participando casi automáticamente, como forma de aplacar su miedo al abandono. Se había educado en una religión que la hacía sentirse culpable de su sexualidad. Sus padres habían inculcado a sus hermanos que no dejaran embarazada a ninguna chica, y a ella, que no debía tener ningún tipo de relación sexual hasta casarse. Habiendo pasado por un periodo de celibato, pensaba que estaba preparada para explorar la sexualidad con otra persona. Cuando vino a verme, ya había comenzado una relación amorosa y enriquecedora con un hombre, en la cual todavía no había relaciones sexuales.

Faith y su pareja sexual en potencia se habían hecho análisis para el virus del sida, y los dos resultaron negativos. Le recomendé que se hiciera uno para el papilomavirus, simplemente para ver si estaba activo, aunque las dos coincidimos en que no podíamos estar seguras de que eso sirviera de algo. Le pedí que reflexionara si su relación sería una fuente de sustento y dicha para ella. Ahora está en medio de esa reflexión y no piensa hacer nada mientras ella y su guía interior no estén en completo acuerdo al respecto.

Barbara: Cuando fracasó la cirugía. Barbara tenía 39 años la primera vez que la vi. Su historia ilustra de modo muy hermoso la conexión entre el pasado, la situación social, los «lugares de entrada» del cuerpo y la consiguiente sanación de todo ello.

Era rubia y menuda, iba muy bien vestida y tenía una sonrisa que parecía llevar pegada en la cara permanentemente, una máscara para cubrir lo que le pasaba por dentro. Aunque le gustaba su trabajo de profesora, su cuerpo le estaba enviando muchísimas advertencias. Su madre había muerto a los 63 años de cáncer de ovario; su abuela materna había tenido la misma enfermedad. Ella misma había pasado por quince operaciones diferentes en los nueve años anteriores, para las primeras fases de cáncer, primero del cuello del útero y después de la vagina.

De su historia me comentó: «Pasaba el tiempo y los informes médicos continuaban revelando células precancerosas. Biopsia tras biopsia conducían a una operación y a otra. Los tratamientos con láser resultaron ineficaces. Finalmente, nueve años después de las primeras señales de células anormales, me hicieron una histerectomía con extirpación de los ovarios. Me aconsejaron que no me preocupara. Todavía quedaba algo de tejido normal. Me sentí agradecida».

La histerectomía se la hicieron a los 36 años, tres años antes de que viniera a Women to Women. En su primera visita le tomamos muestras de la vagina para un examen citológico,[35] el cual nuevamente resultó anormal. El diagnóstico era «displasia moderada con cambios por coilocitos» (cambios concretos en el núcleo de la célula que suelen acompañar a una infección por papilomavirus activo). Se le practicó una colposcopia y una biopsia, las cuales confirmaron que todavía tenía células anormales en la vagina. El tratamiento consistió en eliminarlas.

Dada la naturaleza recurrente de su problema, sabíamos que no tenía adonde ir, fuera de entrar en su interior para explorar, si era posible, por qué su cuerpo no cesaba de enviarle el mismo mensaje. Queríamos trabajar con ella para fortalecer y estimular su sistema inmunitario y detener el proceso de enfermedad, cuyas consecuencias serían la extirpación, la. cauterización o la criocauterización de cada vez más trozos de su vagina. Todos los tratamientos que le habían hecho hasta el momento —operación, láser, cauterización y diversas medicaciones— no habían logrado «curar» su problema.

Cuando nos adentramos en su historia, descubrimos que su marido había sido alcohólico durante los quince primeros años de su matrimonio. Mucho después, ella descubrió que durante años había estado enredado en una serie de aventuras amorosas. Barbara lo expresa así: «Por la mañana me cogía la mano a mí y por la tarde a otra mujer. Todas sus mentiras las confirmó unas pocas noches antes de que yo le pidiera que se marchara. Eran verdades que yo conocía en mi corazón. Una aventura tras otra, encuentros con prostitutas, citas en grandes ciudades. Antes él había negado eso y más. La verdad me dejó vacía y sola». Cuando Barbara vino por primera vez al centro, ya había comenzado una terapia y estaba en el proceso de juntar los pedazos de su historia familiar.

Poco a poco comenzó a reorganizar su vida. «Me embarqué en un viaje que finalmente me llevó a creer que podía arreglármelas sola. Pedirle a mi marido que se fuera fue la primera decisión bien pensada que tomaba sola. Tenía plena conciencia del efecto que esto tendría en mi vida, *y* tuve el valor de iniciar y proseguir mi vida fuera del matrimonio. Echaba en falta la intimidad y la unión que se sienten al convivir con otra persona. Echaba en falta tener junto a mí a esa persona especial y saber que vendría a casa. Él era mi roca, él me definía, me poseía, me maltrataba. Y me dejó. Me dolió, y aunque el dolor se ha aligerado, nunca se va a marchar del todo.» (Esta serie de revelaciones de Barbara ilustran muy bien la evaporación de la negación. Anne Wilson Schaef comentó una vez: «Duele perder lo que nunca se ha tenido».)

Barbara llevaba un diario y me contó que sus páginas revelaban a una mujer asustada, a una niña en muchos sentidos. Allí decía que le daba miedo el mañana, y que mantenerse positiva le resultaba contrario a su naturaleza y desagradable. La soledad y aprender a vivir sola le parecían cosas insuperables. Su única alegría verdadera era cuidar de su hija, entonces de 11 años, y verla crecer.

Comenzó a hacer visualizaciones creativas, viendo sus tejidos fuertes y sanos, mientras la enfermera Marcelle Pick, una de las fundadoras de nuestro centro, le hacía tratamientos de toque terapéutico para ayudarla a «mover» la energía estancada en la pelvis.[36] Esta modalidad le ha servido para aprender a relajarse y disminuir el estrés. Nos dijo que hasta ese momento nunca se había imaginado su sexualidad, sus pechos ni su vagina libres de enfermedad, limpios, sanos y sonrosados. «Las partes de mi cuerpo siempre habían sido sucias, no formaban parte de mí. No existían.» Así es como explica sus sesiones de toque terapéutico: «El toque terapéutico comenzaba estando yo sentada en la silla. Marcelle me pedía que pusiera las manos sobre las rodillas y pensara en agua calentita y un cuerpo limpio y sano. Confía en esta mujer, me repetía yo, ¡confía! Por primera vez en toda mi vida, sentía el cuerpo libre de ansiedad. Predominaba una verdadera sensación de paz, una sensación de agrado francamente inexplicable. Me sentía capacitada. Me sentía poderosa. Tenía que cambiar mi dieta y continuar imaginando mi vida tal como podía ser. Confía, me repetía. Esto podría resultar. Esto va a resultar».

Asistió a un seminario con el doctor Bernie Siegel y Louise Hay y vivió una experiencia de visualización de imágenes centradas en los momentos culminantes de su vida. Dice que durante esa experiencia afloraron imágenes y sufrimientos que le formaron un nudo en el estómago que pensó que jamás le

desaparecería. También hizo algunos ritos de liberación para dejar ir su pasado. Uno de ellos fue lanzar su alianza a un riachuelo que pasaba cerca de su casa. Hacía esta afirmación: «Estoy dispuesta a recibirme». Continuó trabajando con ese tema, volviendo a él una y otra vez.

A pesar de todo ese trabajo, volvió a resultar anormal otra prueba citológica pasados seis meses del primer tratamiento. Esta vez la tratamos con una crema quimioterápica llamada 5 FU durante diez semanas. (Este tratamiento se reserva para los casos muy resistentes.) En ese momento decidió trabajar con sus sueños y tratar de escuchar más profundamente a sus células.

Alrededor de esa época murió su padre y con eso comenzó a aflorar otra parte de su pasado. Desde que ella naciera había vivido con su familia una mujer enferma mental. Barbara observaba que esa mujer, llamada Kerry, tenía mucho poder y dominaba a toda la familia, con manipulaciones. Se le ocurrió que tal vez Kerry había tenido una relación lesbiana con su madre todos esos años. ¿Sería por eso que su madre siempre consideraba a Kerry en primer lugar, por encima de su marido y sus hijos? Barbara escribe:

> Finalmente mis sueños me revelaron el horror que yo había negado. Kerry abusó sexualmente de mí cuando yo era niña. Sentí una rabia inmensa. La odié por haberme violado. Ella me decía a menudo que yo estaba sucia. Todavía siento sus manos en mi cuerpo. Y después me metía en la bañera y me ordenaba que me lavara toda esa suciedad. Me obligaba a restregarme la vagina hasta dejármela irritada. Yo sentía vergüenza y miedo de perder a las personas que me querían.
>
> Nunca sabré dónde estaban mis padres ni por qué no me protegieron de esa bruja que me tuvo atada durante tantos años. Ya no puede hacerme daño. Ya es vieja y está sufriendo los dolores de su cáncer, un cáncer que desde hace muchos años la tiene relegada en una residencia. Se ha modificado la codependencia familiar. Mi trabajo en los programas de Doce Pasos ha confirmado mis ideas de que todos debemos separarnos, convertirnos en personas individuales y aprender a vivir solos.
>
> Me esfuerzo por perdonarle que me robara a mi madre y a mi padre. También me robó la libertad, la dignidad y la sexualidad. Estos atributos me están volviendo y he comenzado a quererme. Me ha disminuido la vergüenza, y el sentimiento de culpabilidad también está menguando. He empezado a identificar a otras figuras de tipo Kerry en mi vida. Me siento atraída por ellas; les tengo miedo; ahora las evito.
>
> En mi búsqueda de paz y contento, continúo dando tres pasos hacia delante y dos hacia atrás en todas las fases de mi ser. Me niego a abandonar la lucha. He cumplido mi promesa de ver a mi hija en la universidad y de darle un modelo que la impulse a valorarse a ella misma al mismo tiempo que valora a los demás y sus esfuerzos.

Barbara está haciendo las paces con sus pérdidas: la pérdida de su madre *y* su padre, y la pérdida de su relación con un hermano que es alcohólico. Dice: «Estoy llorando por la pérdida del sueño de que alguien especial va a entrar en mi vida a rescatarme de mi soledad». Dice que la enfurece haber tardado tanto en comprender que nadie puede salvar a nadie. «Ahora sé que nadie se puede meter en mi piel y hacer por mí lo que debo hacer yo sola. Tengo que dejar marchar a mi hija. La he liberado de ser mi apoyo social y mi consuelo. La soledad es una nueva realidad que ya no niego. Me reservaré momentos especiales para estar con otras personas, y momentos especiales para estar conmigo misma. Me gusto. Me gusta la mujer acogedora y cariñosa que asoma la cabeza de vez en cuando. Trabajaré por lucirla más. Tengo cualidades maravillosas que puedo ofrecer al universo. Estaré allí si vosotras estáis allí.»

Ahora el cuerpo de Barbara está sano. Sus controles y exámenes citológicos de cada seis meses son todos normales. Ahora, cuando entra en mi consulta, veo a una mujer vital y hermosa cuyo ser entero irradia salud. Cuando sonríe, su sonrisa le sale de su centro, ya no es una máscara. Es una mujer sanada.

Los lugares de entrada en nuestro cuerpo han sido deshonrados y negados como partes nuestras durante demasiado tiempo. Aunque muchas veces tenemos mucho dolor almacenado allí, podemos comprometernos a escuchar a esas partes olvidadas y recuperarlas como algo sagrado y valioso, tan valioso como nuestra mente, nuestro corazón y nuestros sueños.

Cáncer del cuello del útero o cervical

He visto a varias mujeres en cuyo examen citológico aparecen las fases iniciales de cáncer, del cáncer microinvasor del cuello del útero, confirmado por la biopsia por conización, y que han rechazado la histerectomía, que es el tratamiento recomendado. Aunque la mentalidad médica convencional jamás justificaría su opción de tratamiento, estas mujeres han continuado viviendo muchos años sin cáncer.

Historias de mujeres

CONSTANCE: CÁNCER MICROINVASOR DEL CUELLO DEL ÚTERO. Constance, a la que le diagnosticaron un cáncer del cuello del útero, dice:

Con el cáncer puedo arreglármelas; son los hombres los que me desconciertan. Interpreté el cáncer como una señal para revaluar mi vida. Aunque meditaba diariamente, hacía un poco de ejercicio y en general me preocupaba de alimentarme bien, descubrí que mi vida emocional estaba descontrolada. En resumen, «mi mujer», esa parte de mí que está muy al fondo, se sentía furiosa por el rechazo sexual de mi compañero. Él no me daba un mensaje claro, no decía simplemente: «Seamos amigos en lugar de amantes», sino que me ofrecía una mezcla de acercamiento y evitación.

Nuestra relación hacía varios años que duraba. Habíamos elegido tener un hijo después de que mi primer hijo muriera en un fatal accidente de coche a los cuatro años. Tuvimos una hija, pero nuestra relación no era lo que yo deseaba ni necesitaba. Mi decepción y mi rabia estaban profundamente enterradas y se manifestaron en las células del cuello de mi útero.

Cuando supe los resultados del examen citológico y de la colposcopia, me detuve a revaluar mi vida mientras esperaba que la biopsia por conización me dijera hasta dónde se extendía el cáncer y si sería necesaria otra operación u otro tratamiento. Comprendí que la esencia de mi problema era el hábito de ser una víctima de los hombres, que se manifestaba en mi cuerpo.

En mi situación inmediata, estaba furiosa por el rechazo sexual del padre de mi hija, que alternaba con actitudes cariñosas y ocasionales relaciones sexuales unas cuantas veces al año. Ese comportamiento era semejante al de muchos hombres de mi vida, que alternaban el cariño con el maltrato. Mi pasado revela un clásico modelo de codependencia. Mi padre murió repentinamente cuando yo estaba en el primer año de escuela. Había sido un hombre cariñoso y jovial, que quería a sus hijos en general y a mí en particular. Mi hermano, siete años mayor que yo, me trataba alternativamente con aceptación y rechazo. El amigo de mi madre y figura paterna sustituta, abusó sexualmente de mí cuando era una adolescente, y mi madre se negó a creerme cuando se lo conté. Mi primer marido, a pesar de sus dos títulos por la Universidad de Harvard, me maltrataba física y emocionalmente y era un jugador compulsivo. Mi segundo marido era un alcohólico activo que me maltrataba emocional y verbalmente.

En el mes transcurrido entre el examen citológico anormal y la operación de biopsia por conización, me volví activa respecto a mi salud. Me busqué amigas y las invité a participar en mi visualización de la salud. Programé visitas extras a mi maestra espiritual. Me liberé de la rabia y del deseo de tener intimidad con el padre de mi hija. Nutrí repetidamente a mi inconsciente y mi alma con esta canción-mantra:

Soy libre, libre, libre para ser yo.
Ha desaparecido la rabia,
el perdón está en marcha,
no deseo a ……….
ni tampoco lo necesito.
Soy libre, libre, libre para ser yo.
«Mi mujer» es sanada
por una delicada luz azul.

Esta canción-mantra me salía espontánemente mientras me introducía en mi proceso de sanación. Mi objetivo era dejar de revolearme en mi martirio y mi rabia. Al principio era un objetivo puramente intelectual. Entonaba y cantaba mi canción para que esa información entrara en mis células. Un mantra es muy portátil. Había leído casos de otras personas que han sanado a nivel del «alma», y comprendí que yo también tenía que hacerlo. Eso supondría dejar marchar mi sufrimiento y dejar entrar el perdón.

Para mí, mi canción-mantra simbolizaba el perdón. La parte principal de mi sanación era perdonar «visceralmente», y no sólo con el intelecto. Este fue un lento proceso de desobstrucción y liberación que duró varios meses.

Una vez que estuvieron listos los resultados de la biopsia por conización, la cirujana me explicó que había llamado personalmente al patólogo para hablar de esos resultados, porque revelaban una anormalidad muy marginal, o por lo menos, menor de lo que se esperaba. Su interpretación fue que yo había buscado intervención médica antes de lo normal. Mi interpretación es que, dado que había dejado marchar mi furia, «mi mujer» había comenzado a sanar.

El hecho de decidir entrar en acción respecto a mi cáncer significó optar por el camino de redescubrimiento de mi auténtico yo, que había comenzado a perder desde la muerte de mi padre. En lugar de decir sí automáticamente a las peticiones de los demás, estoy aprendiendo a decir no, a decir: «Necesito un tiempo para pensarlo. Ya te diré algo». Ahora soy mucho más respetuosa y considerada conmigo misma. Estoy cultivando una relación amorosa con mi yo interior.

Los exámenes citológicos de Constance se han mantenido normales durante más de cinco años.

Infección vaginal (vaginitis)

Normalmente casi todas las mujeres tienen algún tipo de flujo vaginal. Es casi inevitable que al final del día haya una mancha amarillenta o blanquecina en las bragas, sobre todo si se han usado pantis o pantalones. Muchas mujeres ignoran esto y suelen creer que tienen algún tipo de infección, pero eso es totalmente normal y no es necesario consultar a un ginecólogo. El año anterior a la primera menstruación pueden comenzar a producirse flujos vaginales de algún tipo. Los niveles de estrógeno van aumentando gradualmente y estimulando a las células de la vagina y del cuello del útero, sensibles al estrógeno, y esto aumenta la producción de mucosidad cervical e incrementa el ritmo del cambio de células de la vagina.

Un flujo vaginal normal está formado por células vaginales y cervicales mezcladas con mucosidad cervical. Cuando miro al microscopio una muestra de flujo, veo principalmente células escamosas vaginales normales. El ritmo del cambio celular normal del revestimiento de la vagina puede aumentar cuando la mujer está estresada, o sea que tendrá mayor cantidad de flujo. Pero este flujo también estará compuesto por células normales.

El flujo vaginal varía según las diferentes fases del ciclo menstrual. Muchas mujeres notan un aumento de flujo alrededor de los días de la ovulación, y algunas creen que se les ha escapado un poco de orina. El flujo ovulatorio, o fértil, se parece a veces a la clara de huevo. Algunas mujeres expulsan sangre vieja color marrón antes de la menstruación. Esto en sí no es una anormalidad.

De todos modos, prácticamente toda mujer es vulnerable a una infección vaginal en algún momento de su vida. Estas infecciones suelen interesar a la vagina y la vulva al mismo tiempo. Por eso, aunque uso la palabra «vaginitis», un término más amplio sería «vulvovaginitis». Los microorganismos corrientes que producen infección, en las circunstancias adecuadas, son la clamidia *(Chlamydia),* la *Gardnerella*, los protozoos tricomonas *(Trichomonas)* y los hongos. El concepto clave aquí es «las circunstancias adecuadas». La vagina, que normalmente mantiene un pH ácido, es colonizada por muchos y diferentes tipos de bacterias. Los hongos y la *Gardnerella,* por ejemplo, viven normalmente en la vagina.[37] Cuando la mujer está sana, estos microorganismos no Musan problemas; sólo cuando se desequilibra algo en esta zona producen una infección.

Casi todos los tipos de microorganismos que causan infección vaginal cuando las condiciones están desequilibradas se pueden encontrar tambien en mujeres que no tienen ningún síntoma. Por ejemplo, algunas mujeres tienen durante años protozoos tricomonas en la vagina (que son causa bien conocida de vaginitis y se transmiten sexualmente) sin experimentar ningún síntoma. Otras se sienten incapacitadas por el picor y el ardor que pueden causar estos protozoos.

Síntomas y causas comunes

La mayoría de las infecciones vaginales dan a conocer su presencia por una sensación de ardor o picor, acompañada a veces por un cambio o un aumento del flujo vaginal.

Cualquier cosa que altere el equilibrio normal ácido-alcalino o bacteriano de la vagina puede ser causa de infección. Los días en que hay más probabilidades de tener una infección son los de la fase de la menstruación (justo antes, durante e inmediatamente después), cuando la inmunidad de la mucosa está en el punto más bajo del ciclo menstrual. Los estudios pioneros del doctor Charles Wira han demostrado que los niveles de estrógeno y progesterona afectan a las inmunoglobulinas A y M. Estos niveles hormonales disminuyen justo antes del comienzo de la regla, lo cual hace a la mujer más vulnerable a la infección. El sistema inmunitario refleja así la permeabilidad emocional de esa fase del ciclo.[38] Algunas mujeres experimentan una sensibilidad similar a la infección después de la menopausia, cuando baja la producción de hormonas y mucosidad.

MUCHOS ACTOS SEXUALES EN UN CORTO PERIODO DE TIEMPO. El semen es un líquido alcalino con un pH de alrededor de 9. Un acto sexual puede aumentar el pH de la vagina durante ocho horas. Cuando el pH es mayor del normal durante periodos prolongados, se puede perder el equilibrio bacteriano. Estos micro-

organismos, que normalmente están presentes en pequeño número, pueden comenzar a proliferar y a causar síntomas parecidos a los de una infección. Si una mujer hace el amor con eyaculación dentro de la vagina tres veces en 24 horas, su vagina no va a recuperar su pH normal durante esas 24 horas. Esto predispone a la infección, sobre todo en los casos de mujeres cuya pareja vive lejos, por lo que su actividad sexual es limitada y esporádica y la concentran en unos pocos días. (En estos casos, para prevenir problemas, va bien hacerse una ducha vaginal a las pocas horas de la relación sexual con un producto que contenga yoduro potásico, que baja el pH de la vagina. O hacerse una ducha vaginal con vinagre: una cucharada para un litro de agua tibia.)

HUMEDAD VULVAR CRÓNICA. La vulva suda más que cualquier otro lugar del cuerpo, sobre todo cuando la mujer está estresada emocionalmente. Así pues, usar ropa ceñida, no absorbente y sintética, que toque la piel de la zona vulvar, puede predisponer a la irritación y la consiguiente infección. Esto es sobre todo válido si la mujer hace ejercicio con ese tipo de ropa. Ir en bicicleta, montar a caballo o manejar una máquina de remo con ese tipo de ropa puede causar irritación vulvar.

IRRITANTES QUÍMICOS. A algunas mujeres las substancias químicas irritantes que se encuentran en el papel higiénico perfumado, suavizado y coloreado, los baños de espuma y los tampones y compresas que contienen desodorante, les producen irritaciones vulvares. Todas las mujeres deberían evitar usar compresas y tampones que contengan desodorante. Estos tampones pueden ser causa de úlceras vaginales, y las compresas pueden producir irritación vulvar. Ningún tampón debe llevarse puesto más de doce horas seguidas. Entre otros irritantes, están también las substancias químicas de las piscinas y baños calientes, los preparados para duchas vaginales perfumados y los desodorantes vulvares.

ESTRÉS EMOCIONAL. Algunas mujeres reaccionan con una infección vaginal a lo que sienten como una violación de sus límites. Muchas infecciones por hongos se producen antes de la menstruación, cuando el estrés tiende más a manifestarse en síntomas, y cuando el medio hormonal está más vulnerable también. Estas infecciones suelen desaparecer espontáneamente cuando viene la menstruación.

ANTIBIÓTICOS. Después de la introducción de los antibióticos de amplio espectro en los años cuarenta y cincuenta, la incidencia de vaginitis por hongos ha aumentado de modo espectacular. Muchas mujeres remontan al comienzo de su vaginitis a sus años de adolescencia, cuando tomaban tetraciclina para tratar el acné. Lamentablemente, cada vez que tomamos un antibiótico, alteramos el equilibrio natural de microorganismos en la vagina y los intestinos, y entonces puede producirse una infección por hongos, ya sea aguda o crónica. En la pasada década, mientras el número de mujeres mayores de 18 años sólo ha aumentado un 13 por ciento, el número de recetas de fármacos fungicidas para mujeres ha aumentado un 53 por ciento.[39]

DIETA. En la actualidad hay muchos libros sobre la conexión entre los repetidos tratamientos con antibióticos, el consumo de productos refinados y la excesiva proliferación de hongos en la vagina y los intestinos. Comer muchos productos con azúcar y harina refinados puede favorecer el exceso de hongos vaginales. Los productos lácteos, particularmente la leche y los helados, pueden también contribuir a la vaginitis por hongos, debido a su elevado contenido en lactosa (el azúcar de la leche), que favorece la proliferación de hongos en los intestinos y la vagina. Una de mis pacientes tuvo infecciones recurrentes por hongos cuando tomaba una bebida de tipo «desayuno instantáneo» por las mañanas. El elevado contenido de azúcar de ese sustituto de comida supuestamente «sano» superó la capacidad de su cuerpo para combatir la excesiva proliferación de hongos.

Muchos médicos de formación ortodoxa no consideran factores causales de vaginitis crónica los repetidos tratamientos con antibióticos ni la mala alimentación. He trabajado con mujeres que han visto a diez o más médicos debido a su vaginitis, a las que les han hecho todos los cultivos y biopsias usuales, sin descubrir una causa definitiva. Una vez que estas mujeres comienzan a reforzar la capacidad curativa natural de su cuerpo, trabajando con sus emociones, llevando una dieta mejor y tomando suplementos, sus problemas de vaginitis suelen desaparecer.

Diagnóstico

La gran mayoría de infecciones vaginales comunes se pueden diagnosticar mirando al microscopio una muestra de secreción vaginal y comprobando su pH. Para algunas infecciones, como la de clamidia y el herpes, es preciso enviar un cultivo a un laboratorio para que lo analicen.

En los casos de vaginitis crónica se sospecha que pueda haber un trastorno llamado «disbiosis intestinal», es decir, un desequilibrio bacteriano en los intestinos que suele ir acompañado por una excesiva proliferación de hongos. Las mujeres que tienen este trastorno reintroducen los hongos en la vagina, incluso después de repetidos tratamientos, porque los hongos de los intestinos vuelven a infectar la vagina, que está cerca.[40] Cuando hay sospechas de disbiosis intestinal, nuestro centro envía un cultivo especial dé heces a un laboratorio especializado en el diagnóstico correcto de este trastorno.[41]

Tratamiento

PREPARADOS QUE NO PRECISAN RECETA. Muchas mujeres pueden tratar un episodio ocasional de ardor o picor vaginal con alguno de los preparados cuya venta está muy extendida y no precisan receta. El Yeast-Gard es un remedio homeopático que se tolera bien. También se toleran bien los medicamentos fungicidas Monistat y Gynelotrimin. Si se ha probado con un preparado sin receta durante una semana más o menos sin mejoría, hay que consultar con un médico para estar segura de que no haya algo que no se ha detectado. Una vez hecho el diagnóstico de infección vaginal, el médico puede recetar el tratamiento adecuado.

Los casos resistentes de vaginitis bacteriana se pueden tratar con cremas antibióticas vaginales que precisan receta: Cleocin (clindamicina) o MetroGel (metronidazol).

Una infección por tricomonas se puede tratar con el antibiótico oral metronidazol (Flagyl), que precisa receta. Los efectos secundarios de este tratamiento son náuseas y una reacción adversa a las bebidas alcohólicas durante el periodo de tratamiento. Si una mujer con una pareja sexual masculina, tiene tricomonas, es necesario tratarlos a los dos, porque si no, van a volver a infectarse mutuamente. El hombre no tiene ningún síntoma, pero lleva los protozoos tricomonas en el tracto genital.

Las pruebas también sugieren que algunas mujeres tienen infecciones fúngicas crónicas porque son reinfectadas continuamente por su pareja sexual.[42] En estos casos es útil tratar también a la pareja.

PREVENCIÓN DE RECURRENCIAS. A las mujeres propensas les conviene evitar las substancias químicas irritantes implicadas en las infecciones vulvovaginales. Las mujeres que tienen un historial de repetidas infecciones podrían decidir no usar tampones durante seis meses. Conviene evitar siempre que sea posible llevar pantis, o bien cortarles la entrepierna.

DUCHAS VAGINALES. NO recomiendo estos lavados especiales a no ser sea para síntomas concretos que se están tratando o después de repetidos actos sexuales para prevenir la infección. Sobre todo en el caso de preparados comerciales, estas duchas simplemente alteran la flora bacteriana normal de la vagina y en realidad podrían aumentar el riesgo de infección.

NUTRICIÓN. A las mujeres que tienen infecciones fúngicas recurrentes, recomiendo una dieta de alimentos integrales y eliminar los hidratos carbono y el azúcar refinados (por ejemplo, los pasteles, tartas, zumos, refrescos, etc.). También recomiendo evitar todos los antibióticos.

Para eliminar los hongos del tracto intestinal y reequilibrar la flora bacteriana intestinal, lo cual evitará la reintroducción de hongos en la vagina, se pueden tomar diversos suplementos, entre ellos el acidófilus *y* el factor bífidus; los dos son biocultivos intestinales. Uno de los mejores es el llamado PB8, que se encuentra en las tiendas de alimentos dietéticos; a diferencia de otras fórmulas, no precisa refrigeración. También recomiendo reducir el estrés y estimular el funcionamiento del sistema inmunitario.

Aspectos psíquicos y emocionales

Algunas mujeres con infecciones vaginales crónicas no responden a ningún tratamiento. Algunas tampoco quieren probar otra cosa fuera de los tratamientos ortodoxos, convencidas de que «hay un motivo

para esto que los médicos simplemente no han encontrado, de modo que hay que hacer más pruebas». Estas situaciones presentan un dilema muy difícil, tanto para la paciente como para el médico.

Para una verdadera curación del problema, es necesario ver y trabajar los aspectos emocionales de la vaginitis y la vulvovaginitis.[43] Esto no quiere decir que el problema sólo esté en la cabeza de la mujer. Lo que podría haber comenzado en la cabeza se convierte en algo físico. Los estudios han demostrado que muchas mujeres afectadas por estas infecciones tienen anticuerpos que trabajan en contra de sus células inmunitarias y reproductoras.[44] La doctora Mona Lisa Schulz hizo una vez una lectura a una de nuestras pacientes que tenía un trastorno vaginal crónico. «Tiene unos perros doberman ahí —dijo la intuitiva—; acércate mucho y perderás una pierna». Resultó que esta mujer había sido víctima de incesto cuando era niña, y de pronto comprendió que una de las decisiones que había tomado en su adolescencia era que nadie volvería nunca a acercarse a su vagina. Puesto que no tomó esa decisión con su intelecto, conscientemente, esta se manifestó en su cuerpo.

La vaginitis crónica es para la mujer una manera socialmente aceptable de decir no a la relación sexual. Para algunas mujeres no es aceptable decir: «No, no me apetece tener relaciones sexuales contigo esta noche ni el resto de la semana», dado el compañero que han elegido ***y*** el hogar donde se criaron. Si creen que la relación sexual es uno de sus deberes, independientemente de si obtienen placer o no, por muy inconsciente que sea esa creencia, la vaginitis crónica podría ***muy*** bien representar un «escape» para ellas; pero el sistema inmunitario no se deja engañar jamás.

Otro problema corriente relacionado con las infecciones vaginales y vulvares crónicas es la infidelidad de la pareja. Aunque la mujer «no sepa» que su marido tiene una aventura con otra, su cuerpo bien podría darse cuenta. He visto a muchas mujeres cuya vaginitis les comenzó más o menos al mismo tiempo que su pareja iniciaba una aventura extraconyugal. Lógicamente podríamos explicarlo diciendo que el marido le traía algo a su esposa en forma de gérmenes, y eso sí ocurre. Pero en la mayoría de esos casos, no he logrado encontrar ninguna causa física de la vaginitis.

En una mujer que durante años ha mantenido una relación monógama, un brote repentino de herpes primario, fiebre, enfermedad general, úlceras o verrugas vaginales u otra infección obvia, puede ser un clásico indicador de la infidelidad de su pareja. Por motivos de los que ya hemos hablado, sin embargo, esto no siempre es así y es casi imposible «probarlo». También han venido a nuestro centro mujeres con problemas vaginales exacerbados por un sentimiento de culpabilidad debido a aventuras que estaban teniendo ellas.

No es infrecuente que un cónyuge mienta cuando se ve acusado de tener una aventura. Varias de mis pacientes, sobre todo justo antes de la menstruación, han soñado que su marido les está mintiendo. Después de años de poner en duda su cordura, han descubierto que los sueños eran correctos, y que en realidad les había mentido. ¿Y adivinas qué? El cuerpo de la mujer lo sabe, con frecuencia mucho antes de que su intelecto acepte esa información.

Historias de mujeres

JOYCE: La VAGINITIS COMO UN MENSAJE. Joyce tenía 53 años cuando vino a verme por primera vez. Durante casi veinte años había tenido infecciones vaginales que siempre le volvían después de tratarlas. Cuando la conocí, estaba amargada y furiosa por su reciente divorcio. Su marido por muchos años, un alcohólico adinerado y encantador, la había dejado por una de sus propias amigas. Se sentía abandonada, arrojada a un lado, aunque más preguntas revelaron que su relación con su marido no era satisfactoria desde hacía bastante tiempo: su hábito de beber y su adicción al trabajo habían sido problemas constantes. Durante veinte años la vida sexual de Joyce había sido complicada por dolor durante el acto sexual y por frecuentes infecciones.

El examen físico en esa primera visita fue básicamente normal, aunque tenía el tejido vaginal delgado y sensible. Como no tenía relaciones sexuales, no tenía infección vaginal ni otras molestias, de modo que no fue necesario ningún tratamiento. Durante varios años la vi para sus exámenes anuales. Con cada año que pasaba se sentía menos amargada por su ex marido y poco a poco fue viendo cuánto mejor se sentía sin él. Después se volvió a casar. Cuando se fue a vivir con su nuevo marido, tuvo un sueño en el cual su casa era en parte hospital y en parte escuela. Ese sueño tuvo un gran significado para ella, porque simbolizaba que en su nuevo matrimonio encontraría curación y aprendizaje. Se sentía que-

rida por primera vez en su vida. Comprendió que jamás había experimentado una verdadera intimidad antes de casarse con ese hombre.

Su vida sexual con su nuevo marido era maravillosa, me dijo. De hecho, nunca había soñado que pudiera ser tan agradable. Jamás ha vuelto a tener una infección vaginal, y sus tejidos vaginales están normales y sanos en todos los aspectos. Ha llegado a comprender que durante años y mediante la vaginitis, su cuerpo le había estado enviando mensajes sobre su anterior relación, antes que su intelecto «lo captara». Es totalmente posible sanar una vaginitis crónica cuando el escenario está preparado para la curación.

KATHERINE: LA SABIDURÍA DEL CUERPO. Katherine llegó a su visita anual quejándose de haber tenido varias infecciones vaginales en los dos meses anteriores. Pero en el momento de la visita ya habían comenzado a desaparecer y prácticamente no tenía ningún síntoma. Hacía poco que había puesto fin a una relación que sólo duró dos meses. «Cuando me dijo: "Quiero tenerte toda para mí y apartarte del mundo", supe que tenía que escapar de eso», me explicó. Pensó que se sentiría mejor después de dejar a ese hombre, pero por el contrario, se estaba atiborrando de comida.

Mientras hablábamos le sugerí que repasara su vida desde su última visita el año anterior. Me dijo que había acabado una relación de diez años con un drogadicto y que estaba participando en una terapia de grupo por problemas de incesto. Cuando le pregunté si había escuchado la cinta de Pia Mellody sobre la adicción al amor que le había recomendado en la visita anterior, me contestó: «Ni siquiera me atrevo». Las dos nos echamos a reír, y le recordé todo el progreso que había hecho. Cuando estábamos hablando acerca de que el cuerpo nos envía señales mucho antes de que el intelecto esté dispuesto a oírlas, me dijo: «¿Sabes? Tuve endometriosis el segundo mes de mi relación con ese drogadicto, y entonces supe que probablemente estaba causada por el estrés de esa relación. Pero no dejé hablar a mi intuición».

Mirando hacia atrás, fue capaz de valorar la sabiduría de su cuerpo, tanto en su relación de muchos años como en la que acababa de terminar. Le sugerí que tal vez sus síntomas vaginales, que ya estaban desapareciendo, habían estado diciéndole algo.

Nota sobre las enfermedades de transmisión sexual

La atmósfera actual dirigida por los medios de comunicación suele llevar a las mujeres a creer que es deseable y natural tener relaciones sexuales en la primera o segunda cita con una persona casi totalmente desconocida. Al mismo tiempo, todos somos más conscientes que nunca del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual de todo tipo, entre ellas el sida, un riesgo que aumenta con el número de contactos sexuales que tenemos, nosotras y nuestras parejas. Este doble mensaje —que se cuenta con la relación sexual, pero que hay que tener cuidado de no contagiarse ni contagiar a nadie— ha producido una especie de parálisis sexual en algunas mujeres y un comportamiento francamente arriesgado en otras, fortalecido principalmente por la negación. He visto las desagradables consecuencias de estos dos comportamientos extremos. He visto a mujeres que han reaccionado al diagnóstico de herpes como si se les hubiera acabado la vida. Y he visto a muchas otras que han terminado con una enfermedad pelviana inflamatoria y la consiguiente infecundidad, consecuencia de infecciones transmitidas sexualmente que hicieron su daño antes de comenzar el tratamiento. Tiene que haber un método mejor. Para una persona sexualmente activa no existe ninguna manera garantizada al ciento por ciento de evitar la exposición a las enfermedades de transmisión sexual, no más que para el papilomavirus y el herpes. A pesar de eso, la exposición en sí no hace inevitable contraer una enfermedad de transmisión sexual. Incluso en el *caso* del sida, la posibilidad de contagiarse del virus en un acto sexual con una persona infectada es del 1 por mil.[45] E incluso con repetidas exposiciones al virus del sida, algunas personas no se han convertido en seropositivas.[46] La actividad inmunitaria depende en parte de lo segura y a salvo que se sienta la mujer en su vida en general o en un determinado momento o periodo. Es común que haya una gran variación individual en el estado inmunitario. Con esta información, ciertamente no pretendo sugerir que una mujer deba descuidar las prácticas de seguridad sexual ni el uso del preservativo. Por el contrario, la presento como prueba de que en el cuerpo humano hay una enorme capacidad para la resistencia y la salud. La mayor defensa de la mujer contra las enfermedades de transmisión sexual es el respeto por sí misma, la autoestima, un sistema ***inmunitario*** funcional (que va de la mano con una mucosa vaginal in-

tacta y sana) y medidas de sentido común, como el uso de preservativos y la selectividad para elegir la pareja sexual.

Sólo hay dos opciones ante las enfermedades de transmisión sexual:

1. Intensificar la ilusión de control, paralizarse por el miedo, hacer voto de castidad y no tocar a nadie, ni siquiera a una misma, en esas partes. Esterilizar todo lo que esté a la vista. (Esto no funciona; el mundo está plagado de gérmenes, y también todos nosotros.)
2. Mantener sana la mucosa vaginal mediante el poder de los pensamientos, la alimentación, las emociones y las prácticas sexuales; ***tomar*** un buen suplemento de vitaminas y minerales; protegernos lo mejor posible en el acto sexual hasta haber hecho un compromiso monógamo; aceptarnos a nosotras mismas tal como somos y con los talentos naturales que tenemos, y ampliar la comprensión de lo que es la sexualidad y del modo en que nos afectan nuestras opiniones sobre ella. Por último, seguir siempre la estricta regla de la etiqueta del preservativo del doctor Frank Pittman: «Sácalo a relucir antes de que a él se le levante».[47]

Creo que la única manera de salir del dilema de las enfermedades de transmisión sexual es aprender a querer y cuidar nuestro cuerpo. Hemos de aprender a ser selectivas respecto a lo que le ponemos dentro, y a pensar y trabajar en la sexualidad como una forma de comunicación basada en el respeto y el compromiso mutuos, y no como una manera de aferramos a un hombre o llenar un vacío interior y ser consoladas. Comprendo que la opresión interiorizada lleva a muchas mujeres a embarazos no deseados y a ponerse en peligro de contraer enfermedades de transmisión sexual, pero también sé que las mujeres han de despertar de los efectos de esa opresión y aprender a controlar su fertilidad y su sexualidad según sus propias condiciones. La realidad del sida y de otras enfermedades de transmisión sexual podría servir a las mujeres para cambiar esa antiquísima relación de desequilibrio entre los dos sexos respecto a las relaciones sexuales y el poder, y asumir el mando de su propio cuerpo y su salud.

Unas palabras sobre el sida

No soy una autoridad en el sida ni trato a enfermas de sida en estos momentos. Sí suelen hacerme preguntas sobre esta enfermedad y he enviado a muchas mujeres a hacerse análisis. Aunque es una enfermedad mucho más grave, el sida está relacionado con el herpes y las verrugas en cuanto que uno de los modos de transmisión es el contacto sexual. Dado que una persona puede tener durante años el virus del sida sin que se manifieste, en la práctica no hay ninguna pareja sexual segura mientras no se lleve de ocho a doce meses de relación monógama, y los dos miembros

la pareja sean seronegativos. (Ni siquiera un resultado negativo en la prueba del sida es una garantía al ciento por ciento, porque se puede tener el virus cuando se hace el análisis y no tener todavía anticuerpos en la sangre, que es la base del análisis.) El concepto del portador asintomático, del que he hablado en relación con el virus del herpes, es válido, en mi opinión, para todas las enfermedades infecciosas, sobre todo las de transmisión sexual.

Creo que la epidemia del sida es una consecuencia de un deterioro a gran escala de la inmunidad humana, debido a factores como el abuso crónico de las drogas y el alcohol, las relaciones centradas sólo en la actividad sexual, la contaminación del medio ambiente, el agotamiento de la tierra, la mala nutrición y generaciones de disfunción sexual. Al sida se lo ha llamado «metáfora del deterioro de la inmunidad planetaria», a consecuencia del exceso de toxinas arrojadas en los sistemas linfáticos de la Tierra y, por lo tanto, en los nuestros.[48] Los supervivientes del sida por muchos años, y aquellos que han cambiado su seropositividad por seronegatividad, tienen las mismas cosas en común: han elegido transformar su vida y su sistema inmunitario mediante el poder sanador de la naturaleza y el amor.[49]

En 1992, en la reunión anual del Colegio de Médicos Holistas, en Washington, D. C., un grupo formado por supervivientes del sida y su médico, dijeron que a pesar de lo que nos querían hacer creer ***The New York Times*** y los Centros para el Control de la Enfermedad, el sida no es necesariamente mortal. El doctor Laurence Badgley, especialista en terapias naturales para el sida, dijo que muchas personas son seropositivas y están perfectamente bien hasta que lo descubren; cuando se les dice que son seropositivas y que la enfermedad es inevitablemente fatal, casi de inmediato se ponen enfermas.

En algunos casos, es la información misma, no el virus del sida, lo que causa la depresión del sistema inmunitario. Evidentemente el virus hace daño, pero sus efectos se pueden paliar muchísimo mediante un programa que incluya un cambio dietético, suplementos, apoyo social y armonización espiritual.[50]

Dolor vulvar crónico (vulvadinia)

Las mujeres que sienten dolor y ardor vulvares crónicos tienen un trastorno llamado «vulvadinia» o «síndrome de vestibulitis vulvar»; experimentan un dolor desgarrador en la abertura de la vagina durante el coito, y a veces también sienten dolor y ardor permanentes, con escozor o rojez. Hay una aguda sensibilidad a la presión en el anillo de glándulas vestibulares situadas justo fuera de la vagina. Esto podría impedir totalmente el acto sexual. Dado que las pacientes de vulvadinia pueden haber visto a muchos médicos sin encontrar la causa ni la curación de su trastorno, suelen necesitar muchísima comprensión y compasión. He reunido las mejores opciones que he encontrado para este problema, pero debo insistir en la importancia de la conexión mente-cuerpo para cualquiera que desee un alivio permanente de la vulvadinia. El mismo método vale para la cistitis intersticial (véase página 360).

¿Qué causa la vulvadinia?

A pesar de numerosos estudios, no se ha logrado aislar una causa de la vestibulitis vulvar, pero algunos investigadores creen que podrían activarla infecciones por hongos, intervenciones quirúrgicas ginecológicas o el parto. También se ha relacionado con el abuso sexual. Los estudios no han logrado demostrar que las alergias, el papilomavirus humano o la proliferación bacteriana sean la causa de la vulvadinia. Lo que se ve con más frecuencia al microscopio es una inflamación no específica de las glándulas vestibulares.[51] Pero ni operaciones quirúrgicas como la vulvectomía con láser o la extirpación de la glándula vestibular vulvar logran erradicar el dolor, aunque en algunos casos sí han ido bien.[52] Lo interesante es que los científicos han descubierto que las glándulas de esta zona van acompañadas por estructuras nerviosas que contienen los neurotransmisores serotonina y cromogranina. Esto explica por qué los tratamientos que van bien para los trastornos anímicos y del sistema nervioso también dan resultado a veces para la vulvadinia.[53] Cualquier cosa que afecte a los niveles de neurotransmisores en las células puede afectar a la salud. Y se ha demostrado que una amplia variedad de modalidades, desde el ***biofeedback*** hasta los fármacos antidepresivos, alteran el nivel de serotonina.

A mis pacientes les aconsejo comenzar por los métodos de nutrición y mente-cuerpo para tratar este problema, y después recurrir a los otros tratamientos mencionados aquí, sólo si es necesario.

Aspectos alimentarios de la vulvadinia

Algunos estudios indican que la vulvadinia podría estar relacionada de algún modo con el nivel de oxalato de calcio en la orina.[54] Se piensa que el oxalato de calcio es muy irritante para la piel de la vulva de las mujeres afectadas. No todos los estudios corroboran esto. Pero ya sea que la irritación vulvar esté causada por niveles elevados de oxalato de calcio en la orina o simplemente por una excesiva sensibilidad a los niveles normales de oxalato de calcio, queda el hecho de que muchas mujeres experimentan alivio siguiendo una dieta pobre en oxalato y tomando citrato de calcio diariamente. El doctor M. Herrzl Melmed, un ginecólogo especializado en este problema, informa que alrededor de un 70 por ciento de sus pacientes consiguen un importante alivio con este método.[55] La dieta pobre en oxalato puede tardar de tres a seis semanas en surtir efecto. Entre los alimentos ricos en oxalato están el ruibarbo, el apio, el chocolate, las fresas y las espinacas.

Tomar citrato de calcio también baja el nivel de oxalato. Busca un suplemento que no contenga vitamina D, ya que no conviene tener un nivel excesivo de este nutriente. El Citracal es un producto muy extendido que contiene 200 mg de calcio y 750 mg de citrato por tableta. Toma esta marca u otra con cantidades similares: 2 tabletas tres veces al día, una hora antes de las comidas. A veces esto es lo único que se necesita para aliviar el dolor vulvar y reanudar un estilo de vida más normal.

A la mujeres que sufren de vulvadinia les recomiendo que limpien su dieta y comiencen a tomar un buen suplemento de vitaminas y minerales, en las dosis recomendadas por su médico o que señalo en

el capítulo sobre nutrición. Añade proantocianadinas (substancias antioxidantes que se encuentran en las pepitas de uva o en la corteza de pino); comienza por una dosis de 2 mg por kilo de peso, repartida en dos, tres o cuatro tomas diarias, durante dos semanas. Después disminuye la dosis a una de mantenimiento de 20 a 60 mg diarios. Se ha comprobado que un programa completo de vitaminas, minerales y antioxidantes mejora el funcionamiento del sistema inmunitario y contribuye a la curación celular y la regeneración de todo el cuerpo. A esto se debe quizá que a veces este programa vaya bien para la vulvadinia.[56]

Aspectos psíquicos de la vulvadinia

Igual que todos los demás trastornos, la vulvadinia tiene aspectos físicos, emocionales y mentales. No tratar todos estos aspectos simultáneamente podría llevar sólo a un alivio temporal, mientras la guía interior busca otra manera de llamar la atención. Se han realizado estudios controlados sobre los aspectos emocionales de la vestibulitis, comparando un grupo formado por pacientes de vulvadinia con un grupo de control formado por mujeres con otros problemas vulvares. En estos estudios, se ha comprobado que las pacientes de vulvadinia son más propensas a experimentar aflicciones psíquicas y disfunciones sexuales, y suelen tener una mayor sensibilidad a sensaciones totalmente normales en todo el cuerpo. Pero en lugar de saber que estas son normales, tienden a creer que son síntomas de una enfermedad grave. Por ejemplo, si notan que se les hincha mucho el abdomen después de las comidas, temen que eso indique algún proceso morboso importante. Creen que las manchitas de color rosa u otros tipos de coloraciones normales de la piel son cancerosas, o si oyen sus latidos del corazón por la noche piensan que eso indica un tumor cerebral.[57]

Como ya he dicho, las pacientes de vestibulitis tienen más probabilidades que las pacientes de otros problemas vulvares de haber experimentado maltratos físicos o abusos sexuales.[58] Dado que está bien documentado que las mujeres que han sufrido malos tratos físicos o abuso o acoso sexual suelen tener dificultad para mantener relaciones sexuales sanas, no es de extrañar que la zona vulvar sea el lugar al cual su sabiduría interior trata de atraerle la atención para sanar. Un método para cambiar los mensajes del sistema nervioso en esta zona es el *biofeedback*, en este caso el *biofeedback* vaginal, es decir, aprender a relajar y rehabilitar progresivamente los músculos del suelo pelviano. En un estudio en que se practicó esta técnica durante 16 semanas, el 83 por ciento de las mujeres participantes disminuyeron la experiencia subjetiva del dolor. La mayoría de estas mujeres pudieron también reanudar sus relaciones sexuales al final del periodo de tratamiento.[59] Los ejercicios Kegel pueden funcionar de la misma manera, de modo que se puede probar esto en casa. Muchos fisioterapeutas están formados en la rehabilitación del suelo pelviano; los que trabajan con la incontinencia urinaria por esfuerzo podrían ayudar en esto también.

Otros tratamientos

MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS. Se ha comprobado que los antidepresivos tricíclicos, como la amitriptilina y la desipramina, van bien a algunas mujeres debido a la capacidad de estos medicamentos de inhibir la readmisión de los neurotransmisores serotonina y noradrenalina, que pueden afectar al funcionamiento de las glándulas vestibulares o del nervio pudendo. Algunos médicos llaman «dar un descanso a los nervios» al uso de antidepresivos en estos casos. Los antidepresivos más nuevos, como el Prozac, aún no se han estudiado para esta indicación.

El tratamiento comienza con la dosis menor posible, y se va aumentando si es necesario y si no causa efectos secundarios. En el caso de la amitriptilina, por ejemplo, se comienza con 10 mg cada noche durante una semana, se aumenta a 20 mg cada noche la segunda semana y luego a 30 mg cada noche la tercera semana. Será necesario que la paciente y su médico individualicen la dosis, pero la mayoría de las mujeres responden bien a una dosis diaria de 30 a 75 mg.

El doctor Benson Horowitz, una autoridad en el síndrome de dolor vulvar, que ve a muchas más pacientes de este problema que el médico corriente, advierte que estos medicamentos tardan alrededor de tres semanas en surtir efecto, y que durante ese tiempo la mayoría de las pacientes no se van a sentir muy bien. Sin embargo, con el tiempo, y una actitud positiva por parte del médico, los antidepresivos pueden formar parte de un programa general que vaya bien a las pacientes de dolor vulvar. La mujer

que esté tomando estos fármacos no deberá interrumpir bruscamente la toma.[60] Por lo general, la paciente de vulvadinia va a necesitar seguir tomándolos hasta que haya pasado seis meses sin dolor. Entonces puede comenzar el proceso de disminuir muy lentamente la dosis de 10 a 25 mg por semana.

TÉCNICA NAMBUDRIPAD DE ELIMINACIÓN DE LA ALERGIA. Aunque no se ha demostrado que la vulvadinia esté relacionada con la alergia, ciertamente está relacionada con alguna reacción inmunitaria. Podría responder bien a la Técnica Nambudripad de Eliminación de la Alergia de la que ya he hablado (véase pág. 245).

INTERFERÓN. El interferón es una substancia antiviral que estimula a los linfocitos supresores naturales del sistema inmunitario. Suele ser útil en ciertos casos de vulvadinia, aunque no entendemos cómo funciona. De todos modos, es evidente que algo no va bien en la reacción inmunitaria del sistema mucoso de las mujeres con síntomas vulvares crónicos. Así pues, es bastante lógico que una substancia que afecta a la inmunidad mucosa, como el interferón, sea efectiva en estos casos. Algunos investigadores creen que el interferón sólo funciona si hay indicios de infección por papilomavirus; otros no hacen esa distinción.

El interferón se inyecta en las glándulas vestibulares tres veces a la semana durante un periodo que va de cuatro a seis semanas. Experimentan alivio del 40 al 80 por ciento de los casos, según la selección de las ***pacientes.*** Dado que los estudios sugieren que el papilomavirus no es la causa del dolor vulvar, el éxito de este tratamiento es una interesante paradoja que no se puede explicar fácilmente. El interferón no funciona bien en mujeres en las que no hay indicios de papilomavirus.[61]

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. La extirpación quirúrgica de las glándulas vestibulares da resultado en ciertas mujeres, pero no en todas. Yo la recomendaría solamente como último recurso, porque esta operación no trata el desequilibrio subyacente y con frecuencia no da resultado.

Dadas todas las pruebas científicas y las opciones de tratamiento, está claro que el tratamiento óptimo para la vulvadinia debe tratar simultáneamente los aspectos físico, emocional y psíquico. Un síntoma tan persistente como el dolor vulvar crónico requiere muchísima confianza en la propia sabiduría interior, y mucha compasión y paciencia.

Cistitis intersticial

La cistitis intersticial tiene más en común con la vulvadinia que con la infección de las vías urinarias (véase pág. 362). A diferencia de este trastorno, los síntomas no son consecuencia de una infección. Tanto la vulvadinia como la cistitis intersticial son síndromes de dolor crónico.

La cistitis intersticial es un trastorno muy común en mujeres de edades comprendidas entre los 40 y los 60 años. Se caracteriza por una urgencia y una frecuencia urinarias discapacitadoras y por micciones dolorosas; hace necesario levantarse por la noche a orinar y de vez en cuando aparece sangre en la orina; también son comunes el dolor encima del hueso púbico, en la pelvis, en la uretra, en la vagina y en el perineo; este dolor se alivia parcialmente vaciando la vejiga. El análisis de la orina podría revelar la presencia de glóbulos rojos, pero no de bacterias ni de glóbulos blancos. Este trastorno suelen tenerlo mujeres que también experimentan dolor vulvar. Aunque se desconoce la causa, muchos investigadores opinan que en parte es un trastorno autoinmune. Existe una importante correspondencia entre la población de mujeres que padecen vulvadinia y la de aquellas que padecen cistitis intersticial.

El diagnóstico se hace basándose en el historial de la paciente y también mediante una exploración llamada «cistoscopia», en la cual se coloca un instrumento luminoso en la vejiga; este examen se realiza con anestesia. Hay ciertos hallazgos característicos, tales como hemorragia debajo del revestimiento de la vejiga y agrietamiento del revestimiento mucoso; una biopsia revela indicios de inflamación.[62]

Tratamiento

TERAPIA CONDUCTISTA. Se ha comprobado que el *biofeedback* y la terapia conductista, que tienen claros beneficios sin efectos secundarios, han ido bien a muchas mujeres con este problema.[63] La terapia con-

ductista consiste en aprender la relajación profunda, la meditación u otras técnicas que estimulan el sistema inmunitario y calman el sistema nervioso, permitiendo así que el cuerpo se cure a sí mismo. (Véase la sección sobre la reacción de relajación para el tratamiento del síndrome premenstrual, pág. 178)

TERAPIA NUTRICIONAL. Dejar de tomar los irritantes de la vejiga como el café (incluso el descafeinado), el tabaco y el alcohol. Las compresas de aceite de ricino estimulan la actividad del sistema inmunitario; en posición acostada, ponte una compresa de aceite de ricino en la parte inferior del abdomen tres veces a la semana o más; durante ese tiempo haz, y siente realmente, la afirmación que sugiero en la sección sobre infecciones de las vías urinarias, a continuación. La misma terapia antioxidante que ha ido bien a las pacientes de vulvadinia también puede ser útil para la cistitis intersticial crónica (véase la sección sobre la vulvadinia).

TÉCNICA NAMBUDRIPAD DE ELIMINACIÓN DE LA ALERGIA. Mi acupuntora, Fern Tsao, informa de buenos resultados con esta técnica, que yo recomendaría a cualquier mujer que esté abierta a ella.

Infecciones recurrentes de las vías urinarias

Muchas mujeres van a experimentar unas pocas infecciones del tracto urinario a lo largo de su vida. La «cistitis de la luna de miel», de la que se hablaba a nuestras madres, se refiere a una de las principales causas de infecciones del tracto urinario: la acción «de ordeño» de la actividad sexual que, en las condiciones adecuadas, hace entrar en la vejiga y la uretra las bacterias de la zona vaginal o anal. Entre los síntomas están la sensación de ardor al orinar, la presencia de sangre en la orina y la fiebre. Si no se trata la infección, esta puede subir a los riñones, lo cual puede ser peligroso. Por eso, cualquier mujer que crea que podría tener una infección urinaria deberá hacerse un cultivo de orina para comprobar si hay bacterias, y si el resultado es positivo, deberá tomar un antibiótico. Esto curará el trastorno en la gran mayoría de los casos, sin más tratamiento.

Pero muchas mujeres tienen infecciones urinarias recurrentes que se tratan con repetidas tomas de antibióticos. Esto es otra historia muy diferente y necesita un método distinto. La repetida toma de antibióticos para tratar las infecciones urinarias recurrentes no soluciona el desequilibrio subyacente que conduce a las infecciones, y los antibióticos también pueden matar la flora vaginal útil, con la consecuencia de infecciones fúngicas, diarrea y, lamentablemente, infecciones recurrentes de las vías urinarias.

Tratamiento

ASPECTOS NUTRICIONALES. Comienza por tomar un buen probiótico, por ejemplo acidófilus o factor bífidus. Hay muchos en el mercado, y la mayoría deben tenerse en el refrigerador para mantener vivas las bacterias. El PB8 es un producto que no requiere refrigeración; se encuentra en las tiendas de alimentos naturales. Otra manera de restablecer la flora vaginal si se ha tenido repetidas infecciones urinarias tratadas con antibióticos es mojar un tampón rígido (OB es una buena marca) en yogur natural biológico e introducirlo en la vagina; cámbiate los «tampones yogur» cada tres o cuatro horas. Esto restablecerá la flora vaginal y disminuirá el riesgo de infecciones recurrentes que acompañan al problema de hongos. También puedes darte duchas vaginales con yogur o poner una cápsula probiótica directamente en la vagina durante varias noches.

El café, aunque sea descafeinado, también puede tener efectos notablemente adversos en el tracto urinario y actuar como irritante de la vejiga, de modo que si actualmente bebes café, déjalo.

Los arándanos agrios son muy útiles para las infecciones del tracto urinario, pues contienen un ingrediente que impide a las bacterias adherirse a las paredes de la vejiga, previniendo así la infección.[64] El zumo de arándanos agrios hace más ácida la orina, lo cual dificulta la proliferación de bacterias. Los arándanos agrios han sido un remedio casero popular desde hace mucho tiempo, y ahora los estudios científicos han confirmado que beber su zumo elimina las infecciones en la mayoría de las mujeres en las que se ha probado.[65] El zumo de arándanos agrios azucarado anula en parte sus beneficios, de modo que bebe la variedad no azucarada. Se puede comprar zumo no azucarado concentrado y beber 480 cc [2 tazas grandes] de zumo reconstituido al día para tratar una infección. Para prevenirla, bebe 240 cc al día. También puedes buscar zumo de arándanos agrios en forma de comprimido; Cranactin es una marca

popular. (Si quieres evitar la sacarina o el aspartamo, añade una pequeña cantidad de la hierba estevia.* En muchos países se ha usado esta hierba durante décadas como edulcorante no calórico y se encuentra en forma de polvo o de líquido en las tiendas de alimentos dietéticos.)

La hierba gayuba contiene una substancia llamada arbutina, un antibiótico natural que alivia las infecciones de vejiga.[66] Se puede tomar el extracto en polvo (20 por ciento de arbutina): 2 cápsulas tres veces al día; o el extracto líquido o tintura: 1 cuentagotas lleno en 1 taza de agua tres veces al día. Continuar con este tratamiento hasta que desaparezcan los síntomas. Tanto las cápsulas como la tintura se encuentran en las tiendas de alimentos dietéticos.

La vitamina C puede ser muy útil para prevenir la reincidencia de la infección. Toma de 1.000 a 2.000 mg al día, y si la infección está relacionada con la actividad sexual, toma 1.000 mg antes y 1.000 mg después de tener relaciones sexuales. También bebe mucho líquido y procura levantarte a orinar dentro de la hora después de la relación sexual. Las mujeres que hacen esto no tienen tantas infecciones relacionadas con la actividad sexual como las que esperan una hora o más; probablemente esto se debe a que beber líquido y después orinar impide que las bacterias se adhieran a los tejidos y comiencen una infección.

HORMONAS. A las mujeres menopáusicas y perimenopáusicas suele adelgazársele la uretra externa debido a la falta de estrógeno en esa zona del cuerpo, lo cual produce ardor al orinar. Esto podría confundirse con una infección de la vía urinaria. Este trastorno se puede tratar poniéndose una crema con base de estrógeno en la parte superior de la vagina, justo a lo largo del cordoncillo de la uretra. Recomiendo una crema vaginal con 0,5 mg de estriol. La dosis habitual es de 1 g (un cuarto de cucharadita) una vez al día durante una semana, después dos o tres veces a la semana o según se necesite más adelante. Esto restablecerá el grosor normal del tejido vaginal y acabará con el ardor.[67]

ACTIVIDAD SEXUAL. Las infecciones de las vías urinarias suelen ir asociadas con relaciones sexuales frecuentes o traumáticas (que causan daño al tejido vaginal y vulvar). Por ejemplo, en los casos de parejas que viajan por separado o viven separados durante la semana, los actos sexuales frecuentes durante una visita de fin de semana pueden irritar el tejido vaginal y uretral. El tratamiento para esto supone hacer las modificaciones necesarias en la vida sexual para disminuir el trauma. Esto podría significar usar un lubricante si hay sequedad vaginal, y también reflexionar sobre cualquier aspecto de la relación que sea poco satisfactorio.

Los repetidos brotes de infección y/o ardor al orinar pueden estar relacionados también con el método anticonceptivo que usa la mujer. Si el diafragma es demasiado grande, puede irritar la uretra durante el acto sexual, haciendo que las bacterias penetren en la abertura uretral y migren hacia la zona de la vejiga. El uso de preservativos o cremas anticonceptivas que contienen el espermicida nonoxinol-9 puede producir irritación uretral y ardor al orinar. Esto desaparecerá cuando se deje de usar el agente culpable.

OTROS TRATAMIENTOS. NO introduzcas bacterias en tu zona uretral; después de defecar, limpíate de delante hacia atrás, no al revés.

Las compresas de aceite de ricino aplicadas en la parte inferior del abdomen dos o tres veces a la semana pueden hacer maravillas en la prevención de infecciones de las vías urinarias, porque al parecer mejoran el funcionamiento del sistema inmunitario. También puede ser muy útil la acupuntura.

ASPECTOS PSÍQUICOS. Como ya he dicho, hay ciertos tipos de estrés muy concretos que afectan a la vejiga y al sistema urinario, y suelen estar relacionados con la rabia no reconocida hacia alguien o con el hecho de culpar a alguien, generalmente del otro sexo. Así pues, si estás bebiendo tu zumo de arándanos agrios, tomando tu gayuba o echada con tus compresas de aceite de ricino, haz la siguiente afirmación de Louise Hay: «Me libero de la forma de pensar o la actitud que me ha creado este trastorno. Estoy dispuesta a cambiar. Me amo y me apruebo».

---

* Estevia: *Stevia rebaudiana,* arbusto paraguayo de la familia de las compuestas, de cuyas hojas se extrae un glucósido muy dulce. *(N. de la T.)*

Historias de mujeres

CHRISSA: INFECCIONES RECURRENTES *DEL* TRACTO URINARIO. Chrissa tenía 32 años cuando vino a verme por primera vez para un examen anual. Su estado de salud era relativamente bueno, pero tenía dolores menstruales, accesos intermitentes de dolor pelviano y también infecciones urinarias recurrentes; para estas la habían tratado con repetidas tomas de antibióticos. Me explicó que cada vez que hacía un viaje corto o salía de vacaciones se preocupaba por la posibilidad de tener una infección urinaria y no poder conseguir una receta del antibiótico. También estaba harta de las infecciones fúngicas que tenía cuando estaba tomando antibióticos.

Le pregunté cómo le iba la vida. Entonces me contó que el trabajo de su marido lo obligaba a viajar durante unas dos semanas de cada cuatro; este programa irregular le hacía difícil planear su vida. Estaba interesada en tener hijos, pero se sentía ambivalente al respecto. Cuando le pregunté sobre su vida sexual, me dijo: «Va a toda marcha cuando él está en casa, *y* alternamos entre el diafragma con crema vaginal y los preservativos». Le pregunté si tendía a tener una infección urinaria después de las relaciones sexuales con su marido. Se lo pensó un momento y cayó en la cuenta de que normalmente cuando tenía una infección era uno o dos días después de las relaciones sexuales.

Le revisé el diafragma para ver si era del tamaño adecuado; lo era. Yo sabía que ella necesitaba una estrategia para prevenir las infecciones, de modo que le sugerí que siguiera el programa de nutrición y suplementos que ya he esbozado:

- Disminuir el consumo de azúcar y harina refinados y seguir una dieta de alimentos integrales.
- Beber zumo de arándanos agrios.
- Comenzar a tomar un buen suplemento de vitaminas y minerales.
- Tomar de 1 a 2 g (1.000-2.000 mg) de vitamina C lo más pronto posible después de la relación sexual. Tomar la misma dosis al día siguiente.
- Tomar un buen probiótico el día anterior a la relación sexual, el día en que esta tenga lugar y el día siguiente.

También le pedí que observara sus «activadores» emocionales. Concretamente, ¿sentía enfado con su marido debido a asuntos no hablados entre ellos, por ejemplo si quedar o no quedar embarazada o quién tenía que pagar las facturas?

Al cabo de tres meses, volvió para un control. Había tenido los primeros síntomas de una infección urinaria sólo una vez, y habían desaparecido rápidamente con el zumo de arándanos agrios y la vitamina C. Me dijo: «Me di cuenta de que el factor principal para que mi cuerpo tenga o no una infección urinaria son mis emociones. Tan pronto como descubría que estaba "fastidiada" con mi marido, me obligaba a hablarle de mis preocupaciones, para que no tuviera que ser mi cuerpo el que hablara por mí. También he procurado no tener nunca una relación sexual con él mientras esté enfadada. He comprendido que eso es terreno abonado para la infección. Me hace ilusión saber por fin que mi cuerpo no me está traicionando con estas infecciones. Son muchas las cosas que puedo hacer para prevenirlas, o por lo menos para cortar la infección cuando está en sus comienzos».

Incontinencia urinaria por esfuerzo

Aunque a muchas mujeres les cuesta hablar de ella, incluso con su médico, de un 30 a un 50 por ciento experimentan incontinencia urinaria (la pérdida involuntaria de orina) de vez en cuando. El 10 por ciento de estas mujeres son menores de 40 años. Para la mayoría es sólo un problema ocasional que les ocurre al toser, estornudar o en un ataque de risa. Pero una de cada seis mujeres de edades comprendidas entre los 40 y los 65 años tiene un problema importante que le impide llevar una vida normal. El problema también es común pasados los 65 años.

Hay varios tipos de incontinencia. La incontinencia urinaria por esfuerzo es la más común y es de la que voy a tratar aquí. Se produce cuando la presión intraabdominal (al toser, estornudar o reír) es tal que el esfínter de la uretra, es decir, el músculo que la mantiene cerrada, no puede retener la orina que hay en la vejiga.

Causas comunes

Los motivos más comunes de la debilidad del esfínter uretral son los siguientes:

- Debilidad general de los músculos del suelo pelviano.
- Embarazo (en este caso la incontinencia se acaba después del parto).
- Lesiones durante el parto (esto es mucho menos probable que ocurra si a la mujer se la anima a parir de un modo relajado, consciente y con un apoyo total).
- Factores genéticos que tienen por consecuencia la debilidad del tejido conjuntivo (las mujeres con este problema suelen tener muchas parientes con problemas relacionados con el prolapso de los órganos pelvianos).
- La tos persistente y crónica, normalmente debida al tabaco, que produce una presión intraabdominal repetitiva que supera la fuerza del esfínter uretral.
- La excesiva grasa abdominal, que aumenta la presión intraabdominal.

Tratamiento

FORTALECER EL SUELO PELVIANO. La primera línea de tratamiento para la incontinencia urinaria por esfuerzo es fortalecer el suelo pelviano mediante los ejercicios de Kegel. El fortalecimiento del suelo pelviano deberá formar parte del cuidado rutinario de la salud de la mujer, sobre todo si tiene tendencia a la incontinencia. Si los músculos pelvianos están fuertes, soportan mejor a la uretra para que no ceda cuando se hace algo que aumenta la presión intraabdominal.

Por desgracia, a la gran mayoría de mujeres a las que se les dice que hagan los ejercicios de Kegel no se les enseña a hacerlos bien y por eso muchas de ellas (y sus médicos) piensan que no dan resultado. Se ha comprobado que cuando se hacen bien y con perseverancia, estos ejercicios permiten a un 75 por ciento de mujeres superar su problema de incontinencia urinaria.[68] Los ejercicios de Kegel consisten en contraer, o apretar, el músculo pubococcígeo (el mismo que se aprieta para detener el chorro de orina) y mantenerlo así contando lentamente hasta 3. Luego hay que relajarse contando hasta 5 y repetir el ejercicio. Poco a poco se va aumentando el tiempo de mantenerlo apretado hasta llegar a un conteo de 10. Haz cinco veces el ejercicio tres veces al día y persevera. Los resultados se notan de seis a ocho semanas después, y entre ellos está una mejor relación sexual. Es necesario hacer los ejercicios con regularidad para mantener el efecto beneficioso (véase el capítulo 8).

Los ejercicios de Kegel no dan resultado si al mismo tiempo se contraen los músculos abdominales, los de los muslos y los de las nalgas. De hecho, eso sólo aumenta la presión intraabdominal y agrava el problema. Para asegurarte de que haces el ejercicio correctamente, introdúcete dos dedos en la vagina, sepáralos ligeramente y aprieta los músculos vaginales; deberás sentir cómo se cierran fuertemente alrededor de los dedos. Esos son los únicos músculos que hay que contraer. Para asegurarte de que no contraes al mismo tiempo los músculos abdominales, coloca la otra mano sobre la parte inferior del abdomen, a modo de recordatorio, para mantener el abdomen blando y relajado. Existen vídeos y cintas de casete para aprender a hacer bien los ejercicios de Kegel.

Hay una manera aún más fácil de hacer los ejercicios de Kegel, en que no hace falta contar hasta 10 ni concentrarse en relajar los otros músculos al mismo tiempo. Este método, basado en técnicas chinas antiquísimas, consiste en insertarse un cono con pesas en la vagina y simplemente mantenerlo allí unos cuantos minutos dos veces al día (véase el capítulo 8). Se comienza por el cono más pesado que se pueda sostener dentro con facilidad y se mantiene allí hasta cinco minutos; poco a poco, se va pasando a conos más pesados, y finalmente se pasa a un programa de mantenimiento. Al sostener el cono en la vagina, usamos y fortalecemos automáticamente los músculos correctos, sin tener que pensar en si estamos haciendo bien los ejercicios de Kegel. Durante varios años he recomendado estos conos, con excelentes resultados. Van bien si se tiene un problema de incontinencia urinaria por esfuerzo en el que no haya ningún otro factor implicado (por ejemplo, infección, efectos de fármacos como los diuréticos o consumo de café).

Aunque los ejercicios de Kegel no curan todos los tipos de incontinencia urinaria, siempre vale la pena intentarlos antes de recurrir a medicamentos o cirugía. Desarrollar un músculo pubococcígeo fuerte

no sólo va bien para prevenir o curar la incontinencia urinaria por esfuerzo, sino que también aumenta el riego sanguíneo de la pelvis, lo cual incrementa la resistencia a enfermedades como las infecciones del tracto urinario. Estos ejercicios se pueden hacer en cualquier momento y lugar, si se hacen bien, y nadie lo notará. No hay nada que perder y mucho que ganar.

ASPECTOS NUTRICIONALES. Muchas mujeres tienen incontinencia urinaria por esfuerzo cuando aumenta su producción de orina, sobre todo por beber café o té. Incluso el café descafeinado es diurético, y también lo es el tiempo frío (jamás bebo una taza de café por la mañana si voy a esquiar, porque cuando lo he hecho, he tenido que volver al refugio cada dos por tres). A muchas mujeres les aumenta la producción de orina el primer día de la menstruación, porque se están liberando de todo el líquido premenstrual. En esas circunstancias, el problema de incontinencia siempre empeora, porque la vejiga está más llena. Además, el café irrita la vejiga. He «curado» varios casos de incontinencia urinaria por esfuerzo simplemente diciéndole a la paciente que deje de beber café. También es útil perder el exceso de grasa corporal (véase el capítulo 17).

HORMONAS. Algunas mujeres comienzan a sufrir de incontinencia urinaria por esfuerzo después de la menopausia, por motivos hormonales y por la misma razón que a veces tienen infecciones del tracto urinario: el adelgazamiento del tercio externo de la uretra, sensible al estrógeno (véase la sección sobre las hormonas y las infecciones urinarias). Si esto describe tu situación, lo único que necesitas hacer para restablecer el tejido uretral y recuperar el control urinario es aplicarte un poquito de crema de estrógeno diariamente durante una semana, y después dos o tres veces a la semana. Para esto yo receto una crema con 0,5 mg de estriol, en lugar de cremas de otros tipos de estrógeno, como el Premarin, porque el estriol va muy bien localmente y tiene un efecto muy débil en el organismo. Esto significa que se puede usar sin riesgo la crema vaginal de estriol para restablecer los tejidos vaginal y uretral aun en el caso de haber tenido cáncer de mama u otro cáncer sensible al estrógeno. La crema vaginal de estriol se prepara, con receta, en cualquier farmacia que use hormonas naturales. La dosis habitual es de 1 g (un cuarto de cucharadita) una vez al día durante una semana, y después dos o tres veces a la semana según se necesite.

PESARIOS Y DISPOSITIVOS DE INSERCIÓN PARA EL CONTROL URINARIO. Un pesario es un aparato de plástico o ebonita que se inserta en la vagina para tratar el prolapso del útero. También se puede usar con éxito para la incontinencia urinaria por esfuerzo. Por desgracia, muchos médicos no han sido instruidos en su uso, y por lo tanto a muchas pacientes no se les ofrece esta opción. Los pesarios diseñados especialmente para la incontinencia levantan el cuello de la vejiga y restablecen el ángulo correcto de la vejiga, de modo que se recupera la continencia cuando está colocado. Van bien para las mujeres que no son candidatas para una intervención quirúrgica, las que sólo tienen el problema de forma intermitente o aquellas a las que no ha servido la cirugía.[69]

Recientemente se ha aprobado un nuevo dispositivo de inserción para la incontinencia urinaria por esfuerzo, llamado Reliance Urinary Control Insert. En las pruebas clínicas que se hicieron con este dispositivo se comprobó un 97 por ciento de eficacia en mantener completamente secas o muy mejoradas a las mujeres. Además, el 97 por ciento de las mujeres que lo probaron dijeron que recomendarían el dispositivo Reliance a otras mujeres con el problema de incontinencia.[70] Cuando descubrí este aparato, hablé con la doctora Kaitlyn Cusack, una uroginecóloga de Dover (New Hampshire) que lo ha estado recomendando desde que fue aprobado por la FDA [Food and Drug Administration, Dirección para la Alimentación y Medicamentos] en otoño de 1996. Me dijo que a sus pacientes les encanta este dispositivo y que la mayoría lo encuentra tan fácil de insertar como un tampón; el dispositivo es muy pequeño y desechable; es especialmente bueno para aquellas mujeres que sólo tienen incontinencia durante ciertas actividades, como jugar al golf o hacer ejercicios aeróbicos, o cuando estornudan o tosen debido a un resfriado. Es una estupenda alternativa para las mujeres que no se han beneficiado de los ejercicios de Kegel, las que desean evitar la operación o las que no son candidatas para ella. El dispositivo Reliance es también una buena opción para las mujeres que desean tener más hijos, dadas las lesiones del tejido vaginal producidas por el parto y reparadas quirúrgicamente. Recomendaría encarecidamente a las mujeres que tienen el problema de incontinencia urinaria por esfuerzo que pregunten a su médico acerca de este dispositivo. Recientemente, la FDA ha aprobado un producto aún más nuevo, llamado Impress, que

muy pronto deberá estar en el mercado. Se trata de un triángulo blando de espuma, con un gel en la parte posterior, que se puede aplicar directamente a la uretra para detener la incontinencia y luego quitarlo y tirarlo al orinar. Ciertamente no hay ningún motivo para soportar pérdidas de orina y compresas cuando hay tantas buenas opciones.

CIRUGÍA. LOS métodos quirúrgicos para la incontinencia urinaria por esfuerzo suelen tener mucho éxito. Hay que buscar un cirujano formado especialmente en uroginecología. Otra excelente opción para algunas mujeres es la inyección de Teflón o colágeno en la uretra.

Al margen de la relación que tengas en estos momentos con esa zona de tu cuerpo, has de saber que cada una de nosotras ha heredado los efectos de generaciones de silencio y mala información en torno a las regiones genital y urinaria. La única manera de abandonar ese legado de vergüenza es hablar de nuestras necesidades y educarnos. Cuando cada una comience a escuchar y recuperar la sabiduría de esas zonas, vamos a descubrir que, como todas las demás partes de nuestro cuerpo, esas zonas son dignas de nuestros constantes respeto y cuidado.

10
Los pechos

Me impresiona la frecuencia con que las mujeres sienten en su cuerpo, sobre todo en la zona de los pechos y el corazón, cuándo son generosas, amorosas y sensibles a las necesidades de los demás.

JEAN SHINODA BOLEN, *Crossing to Avalon*

La fijación mamaria es el más infantil —y el más norteamericano— de los fetiches sexuales.

MOLLY HASKELL, crítica de cine y escritora, en *The Quotable Woman*

Nuestra herencia cultural

En una cultura en la que mujeres y hombres por igual se crían con muñecas Barbie, desfiles de Miss America e imágenes de *Playboy,* los pechos son una parte muy «cargada» de nuestra anatomía, tanto en el sentido físico como en el metafórico. El doctor Norm Shealy comentó una vez: «Freud lo entendió todo mal. Jamás he visto a una mujer que envidie el pene, pero sí que he visto a muchos hombres que envidian los pechos». Creo que, en cierto sentido, son muchas las personas que en su infancia no se acercaron a la cantidad ideal de contacto con los pechos de su madre demasiados de nosotros fuimos alimentados no por los pechos maternos, sino por fríos pezones de plástico y fórmulas químicas elaboradas *por* empresas multinacionales. No es de extrañar que nuestra sociedad esté tan obsesionada por los pechos femeninos, ni tampoco que el escenario esté preparado tan pronto para molestias en esa zona del cuerpo femenino.

El ideal de nuestra cultura es el de una mujer con un par de pechos igualitos y erectos de dieciocho años (de por lo menos una talla 110 de sujetador, a juzgar por las imágenes de fines de los años noventa). Esto induce a todas las mujeres que no calzan con ese ideal (que son la gran mayoría) a pensar que algo les funciona mal. Si va acompañada por suficientes problemas, esta percepción podría incluso ser causa de síntomas en las mamas, y ciertamente contribuye al deseo de hacerse implantes.

Ojalá todas las mujeres pudieran tener la oportunidad de conocer lo diversos que son en realidad los tamaños y formas de los pechos, y pudieran ver cuánto varían de una mujer a otra. Entonces comprenderían lo sesgada que es normalmente nuestra percepción de nuestros pechos. Tendríamos la oportunidad de comenzar a amar los pechos que tenemos, en lugar de compararlos con un ideal imposible.

Es innegable que alguna que otra mujer tiene alguna discrepancia de ***tamaño*** u otra anormalidad entre sus pechos, algo que llama la atención y para ella es causa de un enorme sufrimiento psíquico. Otras tienen los pechos tan grandes que les causan dolor en la espalda. La cirugía plástica puede corregir esos problemas, y en ese sentido es una bendición. Pero la mayoría de las operaciones de cirugía plástica en los pechos se hacen porque la mujer no los encuentra tan estupendos como los de las modelos, o porque no le gustan a su novio o compañero, o porque nuestra cultura obsesionada por los pechos los prefiere grandes. Esta preocupación por el tamaño se «medica» con cirugía estética, y en la jerga quirúrgica la indicación para el aumento del tamaño de los pechos es «micromastia bilateral crónica», lo que simplemente significa «dos pechos pequeños que llevan ahí algún tiempo».

La mujer suele creer que sus pechos existen para el placer y el beneficio de otra persona distinta de sí misma. He oído a ex colegas míos recomendar a mujeres que no amamanten a su bebé porque «les estropeará los pechos». Muchos maridos prohíben a sus esposas que den de mamar, ¡porque sienten celos del bebé! Está claro que la actual controversia respecto a los implantes de mama es un síntoma de un descontento mucho más profundo apoyado por la cultura. (Más adelante en este capítulo hablo de los implantes.)

Los pechos son la metáfora física de dar y recibir. En épocas remotas, simbolizaban la abundancia y el sustento de la naturaleza. Que los pechos son símbolos del sustento lo ilustra muy bien el caso de

una mujer a la que vi a comienzos de los años ochenta, Jennifer, que hacía cuatro años que había entrado en la menopausia. Su médico la envió a verme debido a dos grandes quistes en la mama derecha, que se le formaron casi de la noche a la mañana (tenían cinco y siete centímetros de diámetro). Le pregunté si pasaba algo en su vida en el aspecto de sustentar a los demás. Me contó que su hija menor iba a marcharse de casa para ir a la universidad, y que hacía poco que había muerto un gato muy querido que habían tenido quince años. Jennifer estaba haciendo duelo por la pérdida de su hija y de su querido gato. La noche anterior a la aparición de los quistes soñó que estaba amamantando a su hija cuando era un bebé, esa misma hija que iba a dejar la casa. Cuando hice la succión por punción del líquido de los quistes, descubrí que estaban llenos de leche. El cuerpo de Jennifer había manifestado el fluido del sustento materno en reacción al cambio en su papel sustentador.

Nuestra cultura ha deformado la metáfora del sustento con el fin de que las mujeres se entreguen a los demás sin sustentarse ellas mismas. Las mujeres dan y dan hasta que el pozo se seca. Si los hombres y mujeres anduvieran con el torso desnudo, veríamos que la principal herida de las mujeres es la cicatriz de la mastectomía. En el caso de los hombres, la principal cicatriz sería la de la anastomosis por *bypass* de la arteria coronaria, en el centro del pecho, porque los hombres necesitan aprender a abrir su corazón.

Mona Lisa Schulz, intuitiva médica y científica, dice que en la mama izquierda (la del lado del corazón) de las mujeres que tienen una «glándula sustentadora superdesarrollada» suele ver la energía de las personas importantes a las que estas mujeres han cuidado en su vida. Dice que esto se debe a que esas mujeres han aprendido a cuidar y nutrir como la expresión principal del amor. Aunque no hay nada malo en sustentar y cuidar, hacerlo a expensas de una misma puede establecer la pauta para la mala salud. La doctora Schulz no ve esta pauta en los hombres y mujeres sanos.

La mayoría de los cánceres de mama están relacionados con nuestra necesidad de ser independientes y de sustentarnos y nutrirnos a nosotras mismas. Según Caroline Myss: «La principal emoción que se esconde en los bultos y cánceres de mama es el dolor, la aflicción y los asuntos emocionales no resueltos, generalmente relacionados con el sustento y el cuidado». Los pechos están situados en el centro energético del cuarto chakra, cerca del corazón. Las emociones como el pesar y el ciático «corazón roto» se almacenan energéticamente en este centro del cuerpo. El sentimiento de culpabilidad por no ser capaz de perdonarse o de perdonar a otras personas bloquea la energía de los pechos. (Los otros órganos del cuarto chakra también son vulnerables a esta pauta energética.)

En un importante estudio realizado en 1995 se descubrió que el riesgo de desarrollar cáncer de mama aumenta casi doce veces si la mujer ha experimentado la muerte de un ser querido, una pérdida de trabajo o el divorcio en los cinco años anteriores.[1] Es importante observar que, según este estudio, las dificultades emocionales de larga duración no están relacionadas con el cáncer de mama. Otro investigador demostró que un estrés grave (determinado antes de hacer el diagnóstico de cáncer de mama) también conlleva un mayor riesgo de contraer la enfermedad.[2] De modo similar, se ha comprobado que las pérdidas graves que ocurren después del diagnóstico de cáncer de mama aumentan el riesgo de una recurrencia posterior del cáncer.[3]

Ya en el siglo XIX, la bibliografía médica señalaba que había una relación entre el cáncer de mama y la soledad, la pena e incluso la ira y la rabia.[4] Las mujeres con cáncer de mama suelen tener las siguientes características: abnegación, una sexualidad inhibida, una incapacidad para verse apoyadas por los demás y para desahogar el enfado o la hostilidad, la tendencia a ocultar la rabia y la hostilidad detrás de una fachada de simpatía y amabilidad, y una enemistad no resuelta con su madre. Hay pruebas de que las mujeres con cáncer de mama que se consideran muy apoyadas emocionalmente por su marido u otras personas han fortalecido su respuesta inmunitaria.[5] En un estudio realizado con pacientes de cáncer de mama, se comprobó que estas eran más propensas a ocuparse de mantener una apariencia externa de persona simpática o buena que las mujeres que no tenían este cáncer. También eran más propensas a reprimir o interiorizar sus sentimientos, sobre todo los de rabia.[6] De hecho, en un estudio se comprobó que la represión de la rabia durante muchos años está relacionada con cambios adversos en el sistema inmunitario.[7] Dada la tendencia de nuestra sociedad a reprimir, ignorar o denigrar a las mujeres y a su rabia, es fácil comprender por qué son tantas las que tienen problemas de mamas. Una enfermera me contó que una de sus amigas tuvo la siguiente percepción varios meses antes de morir de cáncer de mama: «Finalmente he comprendido que no tenía por qué morir de cáncer para descansar».

Recordemos que no es la emoción en sí la que causa el problema, sino la incapacidad para expresarla y liberarla totalmente, y reaccionar a la situación de un modo sano y flexible. Tampoco es causa de cáncer un acontecimiento muy estresante. El riesgo está determinado más bien por la forma de sobrellevarlo. En el estudio de 1995 ya citado, los investigadores demostraron que el estilo de la mujer para hacer frente a las situaciones difíciles influía en si enfermaban o no de cáncer de mama. Comparadas con las mujeres del grupo de control, las pacientes de cáncer tendían más a usar un tipo de estrategia caracterizada por ocuparse del problema, enfrentarlo, concentrarse en él, elaborar un plan de acción y buscar a personas que las apoyaran emocionalmente en este proceso. Lo que observaron los investigadores fue lo siguiente: en los acontecimientos gravemente estresantes de la vida (pérdida de un ser querido, pérdida ***de*** un empleo o enfermedad grave de un familiar), la persona no tiene ningún control; por lo tanto, esforzarse por cambiar o controlar la situación y buscar a otros para que la apoyen en este proceso, en oposición a dejar que las cosas sean como son, en definitiva no funciona y en realidad aumenta el estrés (y el riesgo de cáncer). Las pérdidas importantes son inevitables y forman parte del proceso de la vida. Lo que va bien es desahogar totalmente la pena y la aflicción, aceptar la situación y rendirse a algo superior a nosotros.

Anatomía

El pecho femenino está diseñado para proporcionar la nutrición óptima a los bebés y para procurar placer sexual a la propia mujer. Los pechos son órganos glandulares muy sensibles a los cambios hormonales del cuerpo, y pasan por cambios cíclicos sincronizados con el ciclo menstrual. Están conectados muy íntimamente con el sistema genital femenino. La estimulación de los pezones aumenta la secreción de prolactina de la glándula pituitaria. Esta hormona también afecta al útero y puede causar contracciones. El tejido mamario se extiende hasta las axilas, en lo que se llama «prolongación axilar». Los ganglios linfáticos que drenan el tejido de las mamas también están situados en las axilas. Después de que la mujer tiene un bebé y le entra la leche, se le pueden formar llamativas hinchazones bajo los brazos, al llenarse el tejido de esa zona. Hay pechos de todos los tamaños y formas, y lo mismo ocurre con los pezones. La mayoría de las mujeres tienen un pecho ligeramente más pequeño que el otro.

El autoexamen de las mamas

El autoexamen de las mamas se hace mejor después de que ha pasado el periodo menstrual, cuando la estimulación hormonal del tejido de los pechos es menos aparente. Siempre les pregunto a las mujeres si se hacen exámenes mensuales de los pechos. Pero son pocas las que se los hacen como es debido, ni siquiera las enfermeras, que deberían «saberlo».

¿Por qué son tan pocas las mujeres que se examinan regularmente los pechos? A algunas les asusta tocárselos, los encuentran muy nudosos, y piensan que, en todo caso, están destinados al placer o la evaluación de otra persona. La mayoría de las mujeres que encuentran nudosos sus pechos no entienden la anatomía glandular normal de las mamas. Si bien la mayor parte de las mujeres que acuden a mi consulta tienen pechos completamente normales, muchas creen que algo está mal en ellos. El diagrama de la anatomía de un pecho normal indica que lo que a veces palpamos como diminutos «bultos» son simplemente glándulas normales. De vez en cuando uno de esos conductos o glándulas se hincha y se palpa como un guisante duro. En general esa hinchazón desaparece sola con el tiempo, pero siempre es recomendable que la mujer se lo diga a su médico y pase por un examen para estar segura. Según las estadísticas, las mujeres encuentran por sí solas la gran mayoría de las anormalidades de los pechos.

Sin embargo, por mucha información intelectual que tenga una mujer, hacerse un concienzudo autoexamen de modo clínico y sistemático puede hacer aflorar todos sus temores acerca de sus pechos. ¿Para qué buscar meticulosamente cada mes algo que no se desea encontrar, en un órgano cuya textura no se entiende? Cuando se trata de nuestra anatomía femenina, siempre estamos listas para creer que algo va mal.

Transformar el autoexamen de mama

Un buen momento para cambiar la manera de pensar acerca del examen de mama y el modo de hacerlo es después de haber tenido un examen normal hecho por el médico, y de saber que en esos momentos todo está bien. Cuando examino las mamas de una mujer, le explico lo que palpo ahí y suelo hacerle repetir el examen para que los dedos de ella también conozcan cómo es lo «normal». Después le pido que, en adelante, siempre que se toque los pechos no lo haga necesariamente para encontrar bultos sospechosos, sino para enviar una energía llena de cariño y respeto a esa zona de su cuerpo.

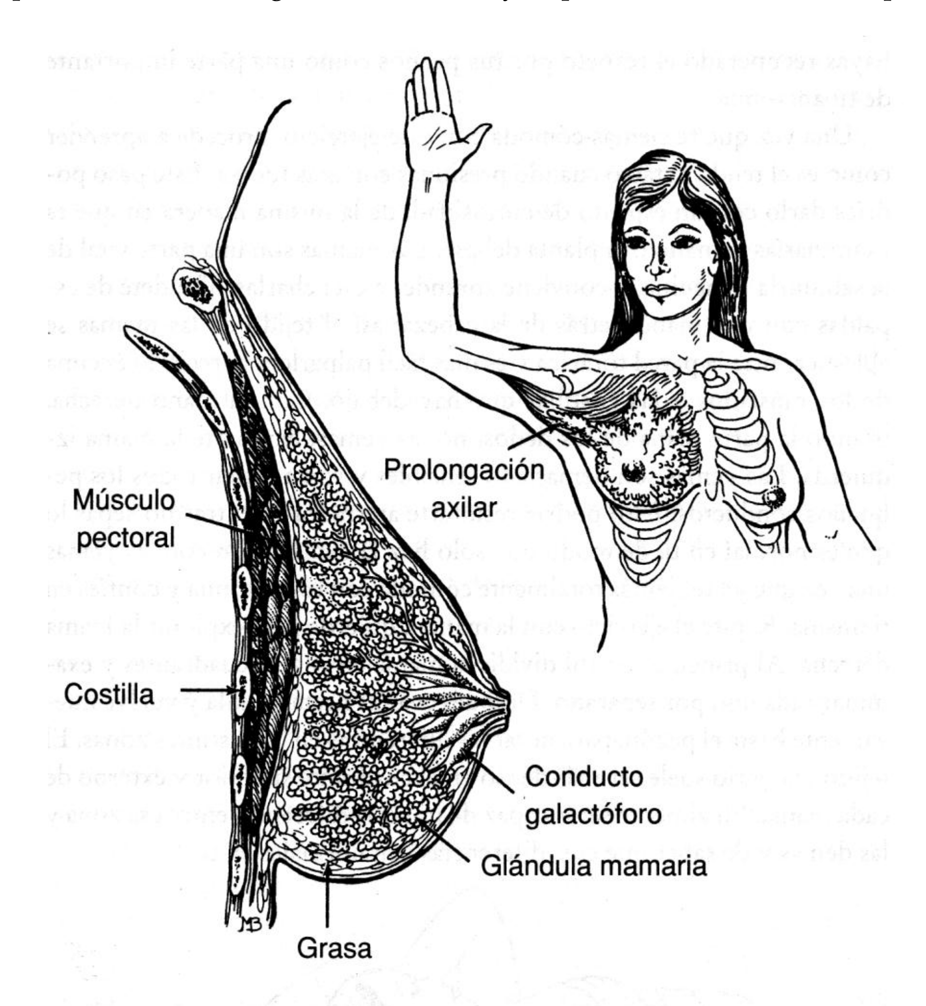


FIGURA 9. ANATOMÍA DE LA MAMA

Trata con respeto a tus pechos. Si en estos momentos les tienes miedo y los encuentras «demasiado llenos de bultos», comienza a cambiar tu actitud hacia ellos prestándoles una especial atención cuando te bañes o te duches. Mientras te lavas esa zona, fíjate en cómo sientes la piel bajo los dedos. Imagínate que tienes poder sanador en tus manos (en realidad lo tienes). Cuando te laves los pechos y las axilas, hazlo con el ánimo de bendecir esa zona de tu cuerpo. Al hacer eso, aprenderás cómo son sus contornos y su tacto. Hazlo diariamente como parte de tu aseo hasta que hayas recuperado el respeto por tus pechos como una parte importante de tu anatomía.

Una vez que te sientas cómoda con este ejercicio, procede a aprender cómo es el tejido al tacto cuando presionas con más fuerza. Este paso podrías darlo con un espíritu de curiosidad, de la misma manera en que te examinarías la mano o la planta del pie. Las mamas son una parte vital de la sabiduría femenina, y conviene aprender a escucharlas. Tiéndete de espaldas con una mano detrás de la cabeza; así el tejido de las mamas se aplasta contra la pared torácica y es más fácil palparlo y apreciarlo encima de los músculos y las costillas que hay debajo. Con la mano derecha, usando la parte plana de los dedos, no las yemas, explórate la mama izquierda. Las yemas son demasiado sensibles y van a captar todos los pequeños conductos. Esto podría resultarte aterrador mientras no sepas lo que es normal en ti, de modo

que sólo haz la exploración con las yemas una vez que ya te sientas totalmente cómoda con tu anatomía y confíes en ti misma. Repite el ejercicio con la mano izquierda para explorar la mama derecha. Al principio es útil dividir la mama en cuatro cuadrantes y examinar cada uno por separado. Después avanza hasta la axila y vuelve nuevamente hasta el pezón, para notar las diferencias en las distintas zonas. El tejido mamario suele ser más denso en el cuadrante superior y externo de cada mama. Finalmente serás capaz de notar la diferencia entre esa zona y las demás y de saber que esas diferencias son normales en ti.



FIGURA 10. AUTOXAMEN DE LAS MAMAS

Lo principal que me gustaría que comprendieran las mujeres es que pueden llegar a conocer sus mamas y entender su anatomía palpándoselas, tocándoselas (desde dentro y desde fuera) y mirándoselas. Es necesario que las mujeres comprendan que sus pechos son partes normales de su cuerpo y que se merecen tanta o mayor atención amorosa que sus cabellos o su cutis. Si la mujer se palpa las mamas de esa manera, para conocerlas, y no sólo para encontrar bultos, las rodeará con un campo energético mucho más positivo que la energía habitual generada por el autoexamen en el que se explora para encontrar lo que no se quiere encontrar. Examinarse las mamas con un espíritu de miedo, simplemente aumenta el miedo, y eso es lo contrario de lo que es necesario hacer para generar un tejido mamario sano. Una de mis pacientes, a la que le han hecho una lumpectomía por cáncer de mama, encarna esta sana manera de examinarse las mamas. Se las palpa regularmente y conoce muy bien su anatomía. Todas las mañanas, antes de levantarse, les dice: «¡Chicas, conmigo estáis a salvo!».

Tal vez te convendría programarte un baño ritual de cuidado personal al mes, en el que te propongas apreciar todo tu cuerpo. Pon tu música favorita (a mí me gusta cualquier cosa de Suzanne Ciani) y perfuma el agua del baño con aceites esenciales de rosa y lavanda (el de rosa disipa la rabia o el enfado, y el de lavanda es muy sedante). Si no te gustan los baños, usa un aceite para masaje perfumado con esas esencias. Mientras te relajas, hazte un masaje en los pies y dales las gracias. Después continúa masajéandote lentamente hacia arriba, apreciando todas las partes de tu cuerpo y dándoles las gracias. Explórate las mamas cuando pases por ellas, pero no les dediques más atención (ni menos) que al resto de tu cuerpo. Esto pondrá dentro del contexto correcto el examen de las mantas. (Hay una cinta de casete titulada *Honoring Our Breasts,* grabada por la doctora Dixie Mills, que presenta una visualización y una exploración de las mamas para guiarnos en este proceso con la atención puesta en nuestra sabiduría interior.)

Síntomas benignos en las mamas:
Dolor, bultos, quistes y secreción de los pezones

El motivo más común que lleva a las mujeres a la consulta médica son los bultos o quistes en los pechos. Si bien la mayoría son benignos, deben controlarse atentamente para asegurarse de que no son cancerosos. (La secreción de los pezones es un síntoma menos común, pero también puede ser causa de preocupación.)

Aproximadamente la mitad de todas las mujeres que van al médico lo hacen porque tienen algún tipo de dolor en las mamas. La mastalgia cíclica, que es el dolor en los pechos que va y viene según el ciclo menstrual, normalmente está causada por un exceso de estimulación hormonal, debido a un hiper-

estrogenismo, un consumo excesivo de cafeína e incluso el estrés permanente. No es un factor de riesgo de cáncer de mama.

La doctora Mary Ellen Fenn, una de mis colegas, comentó una vez: «¿Te has fijado en que los hombres nunca se quejan de dolor en los testículos, pero las mujeres siempre se están quejando de dolor en los pechos e incluso en los ovarios? ¿Crees que eso podría deberse a que los hombres saben que si se quejaran alguien querría cortárselos? ¿O será porque en nuestra cultura esos órganos de los hombres no corren tanto riesgo?». Si las mujeres entendieran que su guía interior les advierte, mediante síntomas en las mamas, de que han de dedicar más tiempo y energía a sí mismas, podrían comenzar a valorar a sus pechos de un modo diferente.

«Enfermedad fibroquística de la mama»

En la actualidad, a alrededor de un 70 por ciento de las mujeres un médico les ha dicho que tienen la «enfermedad fibroquística de la mama». Durante los años setenta y ochenta, unos cuantos estudios parecieron indicar que entre las mujeres con esta supuesta enfermedad había una incidencia dos o tres veces mayor de cáncer de mama. Cundió el pánico y diferentes médicos contaron historias contradictorias a las mujeres. Cuando la Comisión de Consenso de la Asociación Nacional del Cáncer investigó el tema en 1985, descubrió que entre un 70 y un 80 por ciento de lo que se llamaba «enfermedad fibroquística de la mama» eran en realidad cambios normales en la anatomía mamaria y no estaban relacionados con un aumento del índice de cáncer de mama. Sin embargo, muchas mujeres siguen creyendo que lo está.

Las *mamas* ***están*** formadas por grasa y tejido conectivo. Con el tiempo va cambiando la proporción entre la grasa y el tejido conectivo. Por lo tanto, es normal que en el examen se adviertan algunas zonas más densas que otras. El tejido de las mamas no es homogéneo; una zona puede estar más densa que otra simplemente porque ahí hay más tejido conectivo que en otra. La mayoría de las mujeres pasan por lo que los patólogos llaman «cambios fibroquísticos en las mamas», de modo que es muy posible encontrarlos en una biopsia. Lamentablemente, dado que la expresión se ha empleado para describir cualquier engrosamiento, sensibilidad o síntoma, a las mujeres cuyo tejido mamario simplemente está denso debido al tejido conectivo, se les diagnostica a veces una enfermedad fibroquística de la mama, como también a aquellas que sencillamente tienen variaciones normales en la densidad del tejido de los pechos.

Como ocurre en el caso de la «erosión cervical», expresión que declara patológico un cambio normal en el cuello del útero, básicamente la «enfermedad fibroquística de la mama» no es una enfermedad, en opinión de muchos. Creo que debería desecharse esta expresión.[8] La mala información respecto a la enfermedad fibroquística, la constante explotación de los pechos femeninos por parte de los medios de comunicación y la ambivalencia de nuestra cultura hacia los pechos, favorecen una dinámica psicológica cargada de daño potencial para muchas mujeres. No Sólo les hacen creer que sus pechos son demasiado pequeños o demasiado grandes o que tienen una forma anormal, sino que ahora también una persona en quien confían les dice que sus pechos tienen una enfermedad.

Secreción de los pezones

Con mucha frecuencia la secreción se produce después de la estimulación del pezón, generalmente cuando se hace el amor. No es peligrosa. Después de que una mujer ha amamantado a su bebé, la secreción de leche puede tardar un año en desaparecer totalmente. En casos de secreción persistente no causada por estimulación del pezón (la secreción puede ser de cualquier líquido, desde lechoso a verdoso), deberá hacerse un análisis de sangre para comprobar el nivel de la hormona prolactina, para estar seguros de que la mujer no tiene un tumor pituitario muy poco común llamado «microadenoma pituitario». Siempre habrá que investigar una secreción sanguinolenta para asegurarnos de que no hay cáncer. En ocasiones, sin embargo, este rarísimo trastorno está causado por tumores benignos en el tejido de los conductos del pezón.

Quistes de mama

Las mamas son muy sensibles a los cambios hormonales, y los bultos o engrosamientos no malignos suelen desaparecer con el tiempo. Pero se recomienda comunicarle inmediatamente al médico cualquier bulto que se encuentre. Cuando encuentro algún bulto al examinar a una mujer, quiero saber si es un quiste. Los quistes de mama, que están llenos de líquido, se diagnostican enterrándoles una aguja, con anestesia local, y Succionando su contenido. A veces el médico no puede distinguir un bulto sólido de un quiste durante el examen, de modo que se hace necesaria una exploración por ultrasonido (o ecografía) para hacer la distinción. Si el bulto es un quiste, a veces se puede succionar su contenido, que suele ser un líquido amarillo o marrón verdoso. Muchos especialistas opinan que el líquido del quiste se puede tirar porque rara vez es útil analizarlo. En la mayoría de los casos el quiste desaparece después de la succión y no es necesario más tratamiento

Si el bulto no es claramente un quiste, suelo enviar a la paciente a un cirujano especialista en problemas de mamas, o a un centro especializado en las mamas, para que tenga una segunda opinión. Creo firmemente que la mujer debe tener las mejores opiniones médicas posibles sobre su situación antes de embarcarse en cualquier tratamiento para un problema de mama. En las mujeres menores de 35 años (con algunas excepciones), se puede observar una masa mamaria durante varios ciclos menstruales para ver si desaparece.

El tratamiento de los síntomas benignos en las mamas

La gran mayoría de mujeres sienten dolor en los pechos de vez en cuando. El dolor de mama (también llamado mastalgia o mastodinia) es el principal motivo de que las mujeres acudan a clínicas especializadas en el cuidado de las mamas, y está ***presente*** en el 45 por ciento de las mujeres que visitan esas clínicas. Pero también es corriente que casi todos los médicos de cabecera vean a mujeres con este problema. Por desgracia, como tantos otros problemas de salud de las mujeres, con demasiada frecuencia los médicos consideran el dolor de mamas una especie de enfermedad neurótica que sólo está en la cabeza de la mujer, de modo que no recibe la atención y el cuidado que se merece. Pero todas sabemos que el dolor es señal de desequilibrio en algún aspecto de nuestra vida. Y el dolor de mamas no es una excepción.

La pregunta candente que la mayoría de las mujeres afectadas por dolor en los pechos desean que les contesten de inmediato es: «¿Este dolor es señal de cáncer?». La respuesta es casi siempre no. Pero hay unos cuantos casos en los que la respuesta es sí. En un estudio se comprobó que sólo un 7 por ciento de las mujeres que estaban en las primeras fases del cáncer de mama tenían dolor en el pecho, y en otro 8 por ciento el dolor iba acompañado por un bulto. Otro estudio retrospectivo sugería un mayor riesgo de cáncer de mama en mujeres que han tenido un historial de dolor cíclico de mama, comparadas con mujeres que no lo tenían.[9] Puesto que no sabemos qué causa el cáncer de mama y sólo podemos identificar entre un 20 y un 30 por ciento de los factores de riesgo conocidos para esta enfermedad, está claro que es necesario realizar más estudios y de diferente tipo para tratar exhaustivamente este problema. Voy a suponer que si has tenido un dolor importante en los pechos, has consultado a un médico, te han hecho un examen completo de las mamas y una mamografía o ecografía si era necesario, con resultados normales. Mi experiencia con los cientos de mujeres que he visto con dolor de las mamas a lo largo de los años es que la relación entre este dolor y el cáncer de mama es muy escasa. De hecho, en un estudio realizado con mujeres con dolor en los pechos en las que no se encontró ningún indicio de cáncer de mama en las exploraciones de rutina, menos del 1 por ciento (el 0,5 por ciento para ser exactos) desarrollaron cáncer de mama en algún momento del futuro.[10]

¿Qué causa el dolor de mamas?

Para aliviar el dolor de mamas, primero hay que entender a qué podría deberse. No hay ninguna duda de que el tipo más común de dolor en los pechos se produce antes de la menstruación y está relacionado con los cambios hormonales del cuerpo que forman parte del ciclo menstrual. En la fase lútea del ciclo (las dos semanas anteriores al comienzo de la regla), todas las mujeres tienen una mayor tendencia a retener líquido y a subir entre medio kilo y un kilo de peso. Pero en las mujeres más sensibles, este ligero aumento de líquido y otros cambios hormonales que acompañan el ciclo menstrual pueden producir presión o inflamación en el tejido mamario, con la consiguiente sensibilidad. En realidad, cada mes el tejido mamario pasa por cambios cíclicos que reflejan los que se están produciendo en el útero. La diferencia es que el líquido y los tejidos que

se acumulan en el útero salen del cuerpo en forma de flujo menstrual. Pero el líquido y los tejidos celulares que se acumulan en las mamas simplemente son reabsorbidos por el cuerpo. Así pues, no es difícil comprender que muchas mujeres sientan dolor. Estos cambios hormonales cíclicos también explican por qué a las mujeres suelen ofrecérseles diversas terapias hormonales para estas dolencias; de ellas hablaré dentro de un momento.

Algunas mujeres experimentan un dolor de mamas que no tiene ninguna relación con el ciclo menstrual. Nadie sabe qué lo causa. Algunos investigadores piensan que está relacionado con alguna inflamación en el cuerpo, mientras que otros creen que está relacionado con cambios neuroendocrinos debidos a nuestras sutiles interacciones con nuestro entorno, a nuestras percepciones y a nuestros sistemas hormonal e inmunitario (se ha relacionado el dolor de mamas con alteraciones en las hormonas esferoides *y* proteínicas, entre ellas el estrógeno, la progesterona, el factor liberador de la hormona luteinizante y la prolactina). No es de extrañar que en un estudio se descubriera que las mujeres que sufren de un intenso dolor de mamas sufran también de ansiedad, pánico y un buen número de otros síndromes de dolor crónico. A muchas de estas mujeres no las alivian nada los numerosos tratamientos que les recomiendan sus médicos. Lo principal para aliviar el dolor en este caso es reconocer y luego liberar los diversos estados emocionales, como traumas, depresión, ansiedad y un sentimiento de impotencia, que, según se ha demostrado, alteran los sistemas inmunitario y hormonal del cuerpo.[11]

Programa para aliviar los síntomas en las mamas

Elige las opciones que quieras de las que ofrezco en esta sección, basándote en lo que te resulte atractivo y puedas hacer fácilmente sin estresarte. No es necesario que hagas todo lo que recomiendo aquí a la vez, a no ser que te parezca lo correcto.

EN PRIMER LUGAR, CONSULTAR CON EL MÉDICO. Esto se hace para asegurarte de que no hay indicios de cáncer de mama. Es ideal cuando el médico también puede ofrecer el apoyo emocional que necesita la mujer para hacer frente al dolor, a un bulto o a ambas cosas.

REDUCIR AL MÍNIMO EL ESTRÓGENO. Conviene seguir una dieta que reduzca al mínimo el estrógeno en el organismo. Los tejidos mamarios son muy sensibles a las dietas ricas en grasas e hidratos de carbono, que elevan los niveles de estrógeno. La sobreproducción de estrógeno estimula los tejidos mamarios, con la consecuencia de dolor y formación de quistes en muchas mujeres.[12] Muchos tumores de mama cancerosos han sido estimulados por hormonas como el estrógeno. El Tamoxifeno, un fármaco utilizado para tratar el cáncer de mama, funciona reduciendo el efecto del estrógeno en el tejido mamario. Cuanto mayor es la cantidad de grasa corporal y el consumo de grasa en la dieta (sobre todo de grasa saturada y ácidos grasos trans, combinados con hidratos de carbono refinados), mayores son los niveles de estrógeno y el riesgo de contraer cáncer de mama y otros cánceres ginecológicos.[13] La grasa corporal fabrica estrona, que es un tipo de estrógeno, mediante la conversión del colesterol en androsterona, de modo que es útil disminuir el porcentaje total de grasa corporal si es posible.

El consumo abundante de fibra de origen vegetal va bien para aumentar la eliminación del exceso de estrógeno en los excrementos. Las verduras cruciferas (col, brécol, coles de Bruselas y nabos) contienen indol-3-carbinol, que, según se ha demostrado, reduce la capacidad del estrógeno para adherirse al tejido mamario. Lo mismo vale para los productos derivados de la soja, como el tofu, el miso y el tempe. Consume regularmente estos alimentos. Alrededor del 80 por ciento de las pacientes de dolor cíclico de pechos tienen una buena respuesta a los cambios dietéticos por sí solos, porque una dieta de alimentos integrales y pobre en grasa cambia los niveles hormonales y disminuye de forma importante la intensidad de la sensibilidad y la hinchazón de los pechos.[14]

ELIMINAR LOS PRODUCTOS LÁCTEOS. Deja de consumir todo tipo de productos lácteos durante por lo menos un mes, a modo de prueba. He comprobado que esto alivia el dolor a muchas mujeres. Si una vez transcurrido el mes no notas ningún efecto, puedes volver a consumir productos lácteos. Aunque no sé de ningún estudio que documente esto concretamente, he descubierto que en algunas mujeres el consumo de productos lácteos está relacionado con la sensibilidad y los bultos en las mamas. Creo que esto se debe a que a las vacas se les da grandes cantidades de antibióticos y hormonas para aumentar su producción de leche; estos pasan a la leche y cuando la consumen los seres humanos pueden afectar a los pechos. Al parecer las mujeres que toman productos lácteos producidos biológicamente experimentan menos problemas.

ELIMINAR LA CAFEÍNA Y EL CHOCOLATE. Deja de tomar todo tipo de bebidas con cafeína y chocolate, incluso el café y los refrescos de cola descafeinados. Las metilxantinas que contienen los refrescos de cola, la cerveza sin alcohol, el café y el chocolate pueden producir una sobreestimulación del tejido mamario en algunas mujeres, aunque no en todas. Los estudios científicos aportan pruebas contradictorias respecto a este problema, pero en mi consulta he visto a mujeres tan sensibles a estas substancias que comer un solo trozo de chocolate al mes les producía dolor en los pechos. Así pues, igual que en el caso de los productos lácteos, vale la pena hacer la prueba de eliminar la cafeína y el chocolate (normalmente durante un ciclo menstrual completo).

PROGESTERONA. Asegúrate de que tienes suficiente progesterona en el organismo. Dado que el dolor en los pechos suele estar relacionado con la sobreestimulación del estrógeno, se puede aliviar aumentando el nivel de progesterona. La progesterona regula la cantidad de receptores de estrógeno en las mamas después de haberla usado alrededor de una semana, lo cual significa que las mamas estarán protegidas de los efectos del exceso de estrógeno. De hecho, los estudios han demostrado que cuando se aplica una crema de progesterona al 2 por ciento directamente sobre los pechos, disminuye la proliferación celular del tejido mamario, mientras que aplicar estradiol (que es una forma de estrógeno) aumenta la proliferación celular. La proliferación descontrolada de tejido mamario está relacionada con un mayor riesgo de cáncer de mama.[15] Aplícate un cuarto de cucharadita (20-30 mg) de crema de progesterona al 2 por ciento una o dos veces al día durante las tres semanas anteriores a la menstruación. Dale un tiempo de un mes para que funcione; al principio la crema de progesterona al 2 por ciento podría aumentar la sensibilidad porque inicialmente incrementa los receptores de estrógeno, pero después estos disminuyen.

VIGILAR QUE NO HAYA UNA SOBREDOSIS DE ESTRÓGENO. Si el dolor te comenzó cuando empezaste una terapia sustitutiva de estrógeno, es posible que la dosis sea demasiado elevada. Hazte un análisis de saliva para comprobar el nivel de hormonas, y luego que te modifiquen la dosis de acuerdo con los resultados del análisis. También puedes añadir progesterona, como se indica en la sección anterior. (Véase el capítulo 14.)

TOMAR SUPLEMENTOS. Se ha descubierto que el aceite de onagra y el ácido gammalinolénico alivian la sensibilidad de los pechos en muchas mujeres porque frenan la inflamación debida a un nivel excesivo de eicosanoides serie 2. La dosis habitual de estos suplementos es de 2 cápsulas (500 mg cada una) por la mañana y 2 por la noche. Se puede aumentar a 3 cápsulas dos veces al día después de un periodo de dos semanas si no se ha notado ningún cambio. Sin embargo, según sean la dieta y el tipo corporal de la mujer, el exceso de aceite de onagra se ha asociado a veces con una mayor inflamación del tejido mamario.

También recomiendo ácidos grasos omega-3, como el aceite de pescado, el aceite de nuez, el aceite de semillas de lino y el aceite de sésamo. Estos aceites alivian el dolor en los pechos por los mismos motivos que disminuyen la dismenorrea. Una dieta que equilibre los eicosanoides también puede acabar con el dolor (véase la sección sobre la dismenorrea en el capítulo 17). Hay pruebas que sugieren que el aceite de pescado podría también proteger del cáncer de mama. En un estudio reciente realizado con pacientes de cáncer de mama se comprobó que la composición del tejido mamario se alteraba positivamente tomando suplementos de aceite de pescado durante tres meses.[16] Mientras esperamos más investigaciones sobre los efectos protectores de los ácidos grasos omega-3, recomiendo tomar estos suplementos a cualquier mujer que tenga factores de riesgo de cáncer de mama.

Toma un buen suplemento de vitaminas y minerales que contenga una elevada proporción de vitamina E, en forma de d-alfa tocoferol, o toma vitamina E (400 a 600 UI diarias). Los estudios han demostrado que a muchas mujeres les resultan muy beneficiosos antioxidantes como las vitaminas E y A y el selenio, y que la vitamina E disminuye los niveles de las hormonas de la pituitaria (luteinizante y foliculoestimulante) en la sangre de mujeres tratadas con ella para el dolor de mamas.[17]

Nota: En todos los estudios realizados sobre los diversos suplementos beneficiosos para el dolor de mamas se estudió un determinado suplemento de forma individual. Creo que, dado que estos factores actúan de modo sinérgico, es mejor tomarlos juntos.

APLICARSE COMPRESAS DE ACEITE DE RICINO. Las compresas de aceite de ricino aplicadas en los pechos una hora tres veces a la semana durante dos o tres meses suelen eliminar el dolor, sobre todo si hay inflamación del tejido de las mamas. Después se recomienda una aplicación de mantenimiento una vez a la semana.

AUMENTAR EL CONSUMO DE YODO. Durante años he recetado suplementos de yodo a mujeres que sufrían de dolor en los pechos, con excelentes resultados. El yodo disminuye la capacidad del estrógeno para adherirse a sus receptores en las mamas.[18] Una manera fácil de añadir yodo a la dieta es comer algas con regularidad. Prueba con una pequeña cantidad de wakame o kombu; se dejan en remojo hasta que se ablandan, después se trocean y se añaden a las sopas; así no notarás el sabor y obtendrás muchos buenos minerales y yodo.

Otra opción es pedirle a tu médico que te recete yoduro potásico, en una solución al 70 por ciento (30 mg por gota). Lo puedes obtener en farmacias en que preparen fórmulas. Comienza con 2 gotas diarias en agua o zumo y ve aumentando hasta tomar 8 gotas diarias. Probablemente no necesitarás más. No he visto que esta dosis cause problemas de tiroides a nadie, pero si tienes algún trastorno de esta glándula además del dolor en los pechos, será conveniente que consultes con tu médico.

Un tercer modo de introducir yodo sin riesgo en el organismo (que también mejora el funcionamiento de la glándula tiroides) es aplicarse tintura de yodo en la piel. Si la mancha desaparece en 24 horas o menos, es señal de que no tienes suficiente yodo en el organismo. Con una varilla o barra aplica yodo en una zona de 2 x 2 cm en la parte superior del muslo o en la parte inferior del abdomen. Repite la aplicación cuando veas que el yodo se ha absorbido y la piel está limpia, cambiando las zonas de aplicación cada vez. Por ejemplo, si se absorbe en dos horas, vuelve a aplicar; si tarda de cuatro a seis horas en ser absorbido, vuelve a aplicar. Cuando finalmente observes que la mancha marrón dura 12 horas, vuelve a observarla al cabo de otras doce horas. Si la piel está limpia después de 24 horas, continúa la aplicación una vez al día hasta que la mancha sea visible después de 24 horas. Deja de aplicar yodo cuando observes una mancha borrosa después de 24 horas de la aplicación. Vuelve a comprobar la absorción de yodo cada tres meses, con el objetivo de tener una mancha marrón borrosa 24 horas después de la aplicación. Repite el proceso indicado si desaparece a las 24 horas o antes. Esta es una excelente forma de mantener normal el nivel de yodo y también de disminuir el dolor en los pechos.

CAMBIAR DE SUJETADOR. Deja de usar sujetadores con aro (al menos no los uses la mayor parte del tiempo). Con demasiada frecuencia este tipo de sujetador bloquea la circulación de la sangre y de la linfa en los pechos, la pared torácica y los tejidos circundantes.

CONOCER LOS PROPIOS PECHOS. Comprende la anatomía de tus pechos y lleva un calendario, observando cómo cambian a lo largo del ciclo menstrual, para que el ocasional dolor cíclico no te asuste. Hazte masajes suaves en los pechos por lo menos una vez al mes, procurando que la fricción suba hasta las axilas (donde se drenan los ganglios linfáticos de las mamas). Podrías consultar con una (terapeuta) masajista para que te instruya en la forma de hacerlo.

EVITAR CIERTOS FÁRMACOS. NO tomes los siguientes medicamentos para tratar el dolor de mamas a menos que consideres que no tienes otra opción. Todos ellos tienen efectos secundarios muy importantes.

- Danazol: Produce una disminución del nivel de estrógeno en la sangre y también se usa para tratar la endometriosis. Con frecuencia ha tenido los siguientes efectos secundarios: cambios en la regularidad del ciclo menstrual, subida de peso, acné, sofocos, reducción de los pechos, hirsutismo, cambio de la voz y depresión.
- Bromocriptina: También se usa para detener la producción de leche después del parto. Puede producir náuseas, vómitos, hipotensión, mareo y depresión.
- Tamoxifeno: Este antiestrógeno puede producir sofocos, amenorrea, subida de peso, náuseas, sequedad vaginal y un mayor riesgo de cáncer de útero.
- Píldoras anticonceptivas: Se fabrican con hormonas sintéticas. Aunque las he recetado para el control de la natalidad, para el dolor de los pechos hay mejores opciones.

ACEPTAR AYUDA Y APOYO. Permítete aceptar ayuda y apoyo de los demás en tu vida. Los síntomas de las mamas suelen ser la manera que tiene el cuerpo de obligarnos a cuidar de nosotras mismas más plenamente y permitir que nos ayuden.

La doctora Dixie Mills, experta en el cuidado y la cirugía de las mamas en Women to Women, ha observado que las mujeres que tienen un historial de traumas emocionales y psíquicos suelen sufrir de dolor en los pechos. Con frecuencia, estas mujeres tienen dificultades para crearse relaciones sustentadoras y tienen problemas por no querer sentirse nunca dependientes de otras personas. La doctora Mills observa que las

mujeres que sufren de una mastalgia particularmente intensa suelen venir a la clínica solas, sin la compañía y el apoyo de otra persona. Estoy de acuerdo con estas observaciones.

Descubrir el mensaje oculto en los síntomas

A veces el dolor en los pechos va a persistir mientras la mujer no trate una herida cultural más profunda. Una de mis pacientes se liberó del dolor solamente después de recordar que a los cinco años, cuando estaba jugando en un granero, unos niños la obligaron a posar desnuda para ellos. Recordaba que su pecho tuvo mucha importancia en esa actividad. Cuando le crecieron los pechos en la pubertad, su desagrado y su incomodidad psíquica ante ese tipo de atención se convirtieron en algo crónico y finalmente se manifestaron en dolor físico.

Una mujer de 47 años me contó que cuando su hija cumplió 13 años y se independizó bastante de ella, estuvo un tiempo muy consciente de sus pechos. A veces le dolían, como si ansiaran amamantar y acariciar a un bebé. Ella no había dado a luz a su hija; la había adoptado. Así lo explica: «De camino hacia la menopausia, recordé que nunca había acariciado su carita de bebé, ni ella había mamado de mis pechos. Sentí un intenso deseo de abrazar a un bebé durante todo el tiempo que lo necesitara. Varios meses después, en el examen anual rutinario, me encontraron un engrosamiento en el pecho izquierdo. Estaba cerca de mi corazón. Yo supe lo que significaba. Necesitaba afrontar con renovados sentimientos mi infecundidad y las pérdidas que entraña. Sentí una inmensa tristeza por no haber dado a luz a esa maravillosa hija mía. Por primera vez, mi cuerpo quiso comunicarme que también estaba triste».

Dos meses después de comprender eso, cuando le hicieron el examen de seguimiento, vieron que el engrosamiento había desaparecido. A veces el cuerpo sana simplemente cuando uno se da permiso para escuchar sus mensajes.

Biopsia de mama

Cualquier masa o bulto persistente precisa de más análisis para un diagnóstico definitivo, con mucha frecuencia (pero no siempre) en forma de biopsia de algún tipo. La exploración por ultrasonido de alta definición ha disminuido el número de biopsias requeridas. La mayoría de las biopsias de mama las realiza un cirujano general que tiene un especial interés en el cuidado de las mamas, sin hospitalización y con anestesia local. Es cada vez más frecuente que la biopsia por punción se realice en un ambiente de sala de consulta, guiándose por ultrasonido, con lo cual se salva a la paciente de la desfiguradora lumpectomía para quistes benignos y se le da el diagnóstico con rapidez. De hecho, en algunos centros especializados en las mamas, el diagnóstico se puede hacer prácticamente el mismo día de la biopsia por punción. Pero a veces debe esperar varios días, hasta que el patólogo pueda realizar más pruebas diagnósticas en el tejido mamario.

Una de las experiencias más desagradables que puede tener una mujer es vivir con la incertidumbre de si un bulto en la mama es canceroso o no. Por lo tanto, si hay alguna duda sobre un bulto en la mama, o si la propia mujer desea más pruebas, debe buscar un cirujano que tenga un especial interés en el cuidado de las mamas. Desde la publicación de la primera edición de este libro, se han abierto en Estados Unidos muchos centros dedicados a un método multidisciplinario en el tratamiento y el cuidado de las mamas. En estos centros, los cirujanos, los patólogos, los radiólogos y el personal asistente trabajan todos unidos para ofrecer a las mujeres la atención y las respuestas que necesitan del modo oportuno. Es lo menos que merecen las mujeres.

NOTA SOBRE LA PROGESTERONA. LOS resultados de varios estudios indican una alta probabilidad de que las mujeres premenopáusicas operadas de cáncer de mama, sospechado o ya diagnosticado, durante la fase lútea de su ciclo menstrual (después de la ovulación y antes del comienzo de la regla), tienen mejor pronóstico que las que se operan durante otra fase del ciclo. En un estudio reciente de 289 mujeres premenopáusicas con cáncer de mama operable a las que se hizo un seguimiento desde 1975 a 1992, aquellas que tenían un nivel de progesterona en la sangre superior a 4 nanogramos por mililitro en el momento de la operación tuvieron un índice de supervivencia un 70 por ciento mayor que las que tenían un nivel de progesterona inferior en el momento de la operación. Esto podría deberse a que la progesterona disminuye los efectos de coagulación de la sangre y aumenta el número de linfocitos supresores del sistema inmunitario; también disminuye la proliferación celular, de la mama. Dados estos tres factores, es posible que la progesterona funcione disminuyendo las posibilidades de que las células del tumor se implanten en otros lugares cuando se ha realizado la operación de cáncer de mama.[19] Yo recomendaría que cualquier mujer premenopáusica que se encuentre ante una operación de cáncer de mama se preocupe de tener el nivel de progesterona óptimo antes de la operación. Esto lo puede hacer aplicándose crema de progesterona al 2 por ciento en la dosis recomendada en la página

388. También existen un buen número de indicios que demuestran que las mujeres que tienen el nivel adecuado de progesterona durante sus años menstruales y perimenopáusicos tienen menos riesgo de desarrollar un cáncer de mama.

La mamografía

Una mamografía es un estudio de las mamas por rayos X, que se hace para diagnosticar el cáncer de mama en sus primeras fases, antes de que se pueda palpar en el examen clínico. Aunque las autoridades están de acuerdo en que la mamografía anual es útil para detectar el cáncer en sus primeras fases en mujeres mayores de 50 años, hay desacuerdo respecto a la frecuencia con que deben hacérsela las mujeres de edades comprendidas entre los 35 y los 50 años. En 1996, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos nombraron una comisión de prestigiosos especialistas que dedicaron seis semanas a revisar más de cien informes científicos sobre mamografías y a escuchar 32 exposiciones orales. La conclusión de este grupo fue que no hay pruebas suficientes que justifiquen la recomendación de que las mujeres de 40 a 50 años deben hacerse una mamografía anual de rutina. Aunque esta conclusión provocó mucho clamor y protestas, ciertamente yo estoy de acuerdo con ella. La mamografía tiene sus limitaciones. Muchas mujeres que están entre los 35 y los 50 años tienen el tejido mamario demasiado denso para hacer útil la lectura de la mamografía. Lo principal en esto, como en todo lo demás, es la individualización de la atención médica. A algunas mujeres podría irles muy bien hacerse mamografías anuales entre los 40 y los 50 años si tienen una marcada historia familiar de cáncer de mama y un tejido mamario que se pueda interpretar fácilmente en la mamografía. Otras querrán esperar hasta tener 50 años, e incluso otras decidirán evitar totalmente las mamografías. La mujer y su médico necesitan hablar sobre la frecuencia con que se tendrían que realizar las mamografías.

Las mamografías no son infalibles para diagnosticar todos los cánceres de mama; tienen un índice de error del 10 al 15 por ciento. Si a algo se lo llama «probablemente benigno» en una mamografía, las posibilidades de que sea cáncer son inferiores al 2 por ciento según los radiólogos de nuestro centro médico. El porcentaje de mamografías positivas falsas (que dicen que hay algo anormal cuando no lo hay) es del 6 al 10 por ciento. Esta cifra varía de un lugar a otro.

Los informes de las mamografías a veces parecen punitivos o resultan confusos para las mujeres. Por ejemplo, el informe de una mamografía de rutina de una mujer de 38 años que tenía los pechos totalmente normales fue el siguiente: «Las mamas son extremadamente densas y poco aptas para mamografía». Al leer esto, uno pensaría que los pechos fueron creados para que se los radiografíe y que los de esta mujer eran culpables por no dejarse radiografiar. Tener los pechos densos para los rayos X no es una anormalidad; es perfectamente normal que los tenga así una mujer que ronda los cuarenta, e incluso una mayor de cincuenta que siga una terapia sustitutiva de estrógeno.

A una mujer de 45 años que también tenía las mamas totalmente normales le hicieron una mamografía de rutina. Tenía calcificaciones benignas en una pequeña parte del tejido mamario, lo cual es bastante común y no es motivo de alarma. El informe de la mamografía, aunque normal, estaba escrito en un lenguaje muy complicado y alarmante: «Desarreglo trabecular y mazoplasia quística con adenosis bilateral. Cierta prominencia de los ligamentos suspensorios. No se advierten superdensidades, engrosamiento de la piel ni hipervascularidad unifocal. Extrañas y dispersas calcificaciones acinares punteadas en las dos mamas, la más grande de 1,5 mm. Están bastante separadas y no tienen la apariencia de las microcalcificaciones relacionadas con malignidad».

Cada radiólogo interpreta una mamografía de modo algo diferente. Interpretarlas es un arte, practicado por seres humanos imperfectos; no es una ciencia exacta. Sin embargo, se ha dado pie a las mujeres para que crean que una mamografía encontrada normal es una especie de garantía de que todo está bien. No comprenden las limitaciones de esta prueba exploratoria. Miles de mujeres a las que se les encuentra algo benigno pasan muchísimo miedo cada año debido a los informes de las mamografías. A algunas, por supuesto, se les diagnostica la primera fase de un cáncer como resultado de esta prueba. Muchos médicos creen que el diagnóstico en las primeras fases es la mejor estrategia para salvar vidas, aunque esto es controvertido. A muchas mujeres se les ha de realizar una biopsia debido a algo que aparece anormal en la mamografía. Aunque en la mayoría de las biopsias se comprueba que esas anormalidades son benignas, muchas de las mujeres se lo pasan muy mal creyendo que tienen cáncer, y esa experiencia, comprensiblemente, las aterra: casi todas han tenido una amiga que ha muerto de cáncer de mama. Esa es la consecuencia no tan benigna de la exploración mamográfica.

La mayoría de los informes de mamografías contienen una observación que dice: «Una mamografía negativa no deberá excluir la biopsia de una lesión palpada en el examen clínico». Esto se incluye en el infor-

me por motivos legales, para advertir al médico y a la paciente que hay limitaciones en la capacidad diagnóstica de la mamografía (como las hay en todas las pruebas diagnósticas).

Los problemas de mamas deben diagnosticarse mediante un método múltiple que combine el examen físico, la mamografía si es factible, la ecografía, la succión de los bultos y la biopsia quirúrgica o por punción si es necesario. Cuando la mujer se conoce bien los pechos, se facilita todo este proceso, porque ella confía en sí misma para saber lo que es normal y lo que no lo es. No dudo de la capacidad de la mujer para descubrir una anormalidad, y siempre ***presto*** atención cuando una mujer que está sintonizada con su cuerpo me dice que algo va mal. Si una mujer o su médico palpa un bulto que no estaba allí antes, es necesario hacer una biopsia para descartar el cáncer, aun cuando la mamografía sea normal.

Unas cuantas pacientes mías han tenido un bulto estable en una mama durante muchos años y han decidido no hacerse biopsia. Los bultos no han cambiado, las mujeres se conocen muy bien esas zonas de sus pechos y asumen la total responsabilidad de evitar la biopsia. Por otro lado, he visto a mujeres con bultos en las mamas que han retrasado meses su visita a un médico incluso sabiendo que tenían bultos. Una de mis pacientes, a la que finalmente se le diagnosticó un cáncer de mama, retrasó el diagnóstico y el tratamiento durante dos años, debido a que estaba inmovilizada por el dolor de haber perdido a su padre unos años antes. Trabajaba, y me dijo que sencillamente no había tenido tiempo ni la energía necesaria para buscar ayuda. Esa es una actitud peligrosa para la salud, y forma parte también del «arquetipo» del cáncer. La mayoría de mis pacientes están bien informadas y vienen a examinarse para estar seguras y tener el diagnóstico muy poco después de advertir un cambio no habitual en sus pechos. Siempre les pregunto qué pasa en su vida, sobre todo cómo cuidan de sí mismas o de los demás. Después procedemos al examen y a más pruebas diagnósticas si son necesarias. Al margen del diagnóstico, la paciente sabe que sus mamas le piden que mire hacia dentro y se comunique con su guía interior.

Algunas no quieren hacerse mamografías y no se las hacen. Una de mis pacientes me dijo una vez: «He visto a demasiadas mujeres quedarse paralizadas por el miedo cuando la mamografía les resulta positiva. No puedo evitar pensar que eso es un peligro para su salud. Las he visto caer cuesta abajo con mucha rapidez». Esa es la misma reacción que tienen las personas a las que se les diagnostica el sida. El miedo y la sensación de impotencia son ciertamente perjudiciales para la salud. Esta misma mujer me dijo: «Me haré una mamografía tan pronto como esté preparada para afrontar las consecuencias, sean cuales sean. Por ahora, creo que podría estar creándome cáncer a diario, pero también creo que probablemente mi cuerpo sabe arreglárselas».

Otra mujer, cincuentona, sana y llena de vitalidad, me dijo que no quiere hacerse una mamografía anual, aun cuando esa es la recomendación actual para mujeres de su edad. En su opinión, probablemente no es beneficioso exponer a la radiación a un órgano sensible a ella. Según dice: «Pienso vivir hasta bien entrados los noventa. Que me cuelguen si voy a cargarme los pechos una vez al año. ¡Esas son más de cuarenta radiaciones!».

He oído expresar ese miedo a otras. Mi trabajo consiste en decirles cuál es la frecuencia recomendada actualmente y explicarles que las mamografías pueden detectar el cáncer de mama años antes de que la mujer pueda palparse un bulto. Doy por sentado que mis pacientes son adultas inteligentes que tienen permiso para decidir respecto a una prueba exploratoria, aun cuando el hecho de no diagnosticar un cáncer de mama es el motivo predominante de los pleitos contra los ginecólogos. Es necesario que las pacientes que desean participar en su cuidado de la salud se atengan a su parte del trato y se responsabilicen de las consecuencias de no hacerse una mamografía si no quieren. A mí me resulta muy violento discutir con una mujer que no quiere hacerse una mamografía, ya que yo no practico la medicina patriarcal del «debe hacerlo». Abogo por seguir la sabiduría de nuestra intuición. Una mujer que está dispuesta a aceptar el hecho de que no hacerse una mamografía podría significar no detectar a tiempo un cáncer de mama, hace una elección informada. Sin embargo, como también se lo explico, en un sistema médico dualista, regido por los pleitos, soy yo la responsable de sus mamas y de lo que les ocurra. Eso es lo que me dice mi seguro por negligencia, y por eso los médicos insisten en las mamografías. No me gusta este sistema, porque erige un muro entre mi paciente y yo. De modo que explico el problema a mis pacientes siempre que surge, y de esa manera las dos sabemos en qué situación estamos.

Yo prescribo mamografías regulares, aun cuando no son perfectas y sí implican cierto nivel de radiación, totalmente inofensivo. En estos momentos no puedo garantizar que la mamografía no presente ningún riesgo. (Al parecer da la misma dosis de radiación que recibimos en un vuelo en avión de 1.500 kilómetros. La Tierra es bombardeada diariamente por radiación cósmica que aumenta cuanto más alto se esté en el cielo.) Si una paciente no quiere hacerse mamografías con la frecuencia recomendada por la Sociedad del Cáncer de Estados Unidos, yo lo comprendo. Ni yo ni ningún otro médico puede garantizar que diagnosticar un cáncer

de mama en las primeras fases va a salvar necesariamente la vida a una mujer. A demasiadas mujeres se les ha diagnosticado precozmente el cáncer y han muerto a los dos años. Otras, sin embargo, han vivido otros cuarenta años o más.

Hacerse regularmente el autoexamen de las mamas y mamografías (o ecografías) no es lo mismo que prevenir. Una de mis colegas dice del cáncer de mama: «Identificamos los riesgos, pero no sabemos qué hacer mientras no se manifieste la enfermedad». Nuestra cultura usa la mamografía como un remedio, pero no anima a las mujeres a cambiar de dieta, dejar de fumar y aprender a tener relaciones que las sustenten. Esos son cambios preventivos que en mi opinión conducirían a tener mamas sanas. Pero, como ha dicho un investigador, es difícil elaborar una constitución para la prevención. Es el tratamiento lo que capta nuestra atención. Si tu hermana o tu madre muere de cáncer de mama, normalmente das dinero para programas de investigación orientados a producir mejores tratamientos; no abres un restaurante macrobiótico en tu barrio ni haces campaña para que en el instituto se les enseñe a las chicas a cuidar y querer sus pechos. A esta cultura le gusta actuar solamente cuando las cosas ya se han desmandado.

El dilema del carcinoma ductal *in situ*

Las mamografías podrían detectar muy precozmente anormalidades que tal vez no van a continuar hasta convertirse en cáncer invasor. Estos primeros cambios se llaman carcinoma ductal *in situ*, o displasia, o atipia mamaria. Dado que durante mucho tiempo no se ha estudiado la historia natural de estos carcinomas, los médicos automáticamente suponen que todos son de desarrollo rápido y mortales en potencia. Y dado que estas lesiones se presentan en muchas zonas de la mama, suele recomendarse la mastectomía. El doctor H. Gilbert Welch, un médico internista general y experimentado investigador de Vermont, ha investigado los problemas asociados con la capacidad de la tecnología para «sobrediagnosticar» enfermedades como el cáncer de mama. Cita un estudio en el que se comprobó que el 40 por ciento de mujeres que murieron por otras causas tenían lesiones precancerosas microscópicas en las mamas. Este mismo tipo de lesiones aparecen corrientemente en las mamografías y nadie sabe cuáles van a continuar latentes y cuáles van a convertirse en un cáncer invasor.[20] De hecho, ahora está bien documentado que la mayoría de las mujeres a las que se les diagnostica un carcinoma ductal de mama ***in situ*** no desarrollan un cáncer de mama invasor.

Un artículo publicado en 1996 en *The Journal of the American Medical Association* resumía bien el dilema actual. Los autores afirman que la incidencia de carcinoma ductal de mama *in situ* ha aumentado drásticamente desde 1983 debido a la exploración por mamografía. De hecho, el número total estimado de casos de carcinoma ductal ***in situ*** en Estados Unidos en 1992 fue un 200 por ciento mayor que el que se esperaba basándose en los índices de 1983 y en las tendencias entre 1973 y 1983. Y si bien la detección pronta del cáncer de mama es beneficiosa, el valor de la detección del carcinoma ductal se desconoce actualmente: «Hay motivos para preocuparse por el enorme número de casos de carcinoma ductal ***in situ*** que se están diagnosticando a consecuencia de la exploración por mamografía. Además, la proporción de casos tratados mediante mastectomía podría ser inapropiadamente elevado, en particular en algunas regiones de Estados Unidos».[21] No hay ninguna manera correcta de tratar el carcinoma ductal una vez que la mujer sabe que lo tiene, y hay mucha polémica sobre este problema en estos momentos. Los cirujanos tienden a recomendar la cirugía. Otros médicos adoptan la actitud de esperar para ver. Al margen del tratamiento que se elija, no obstante, yo recomendaría un programa para mejorar la salud de las mamas y aumentar la capacidad de la paciente para sanar el carcinoma ductal de dentro hacia fuera.

La exploración de la mama por ultrasonido: Método adjunto (y a veces alternativo) a la mamografía

En muchos casos, la exploración por ultrasonido (ecografía) de los tejidos mamarios (enviar ondas sonoras a través del tejido y leer los ecos en una pantalla) es más apropiada y útil que la mamografía. Con el advenimiento de la exploración por ultrasonido de alta definición, algunas autoridades piensan que esta modalidad podría convertirse en el método preferido para detectar un carcinoma de mama invasor, reservando la mamografía para localizar los carcinomas intraductales.

En el diagnóstico de una masa no palpable (que no se nota al tacto), la exploración por ultrasonido puede ser valiosísima para guiar la succión con aguja fina. Ha hecho también mucho más fácil ver los contornos de los bultos palpables. La ecografía permite ver fácilmente la diferencia entre un quiste y un bulto. Y si una masa es sólida, este método tiene una especificidad de un 98 por ciento en su capacidad de distinguir una

lesión benigna de una maligna. De hecho, algunos estudios han demostrado que la ecografía es el método exploratorio de diagnóstico más preciso para las mujeres que tienen una masa palpable en la mama, con un valor predictivo positivo de un 99,7 por ciento si lo usan profesionales expertos en esta técnica.[22] Si hay alguna duda sobre lo que se encuentra, en la actualidad puede hacerse una biopsia por punción en un ambiente de sala de consulta para determinar si la masa es maligna o no. Esto ha librado a muchas mujeres de las biopsias que les desfiguran los pechos, y de la ansiedad debida a no saber ante qué problema se encuentran.

La ecografía es importante también por otro motivo. La mamografía suele no ser de utilidad en las mujeres más jóvenes, las que tienen el tejido mamario denso, las que tienen cicatrices posoperatorias, las que sufren de efectos de radiación agudos o crónicos, las que están siguiendo una terapia hormonal sustitutiva o las que son menores de 45 (-50) años. Las ecografías son también más exactas que las mamografías para diagnosticar problemas de mamas con precisión en las mujeres que se han hecho implantes de silicona. Las mujeres de más alto riesgo son aquellas que ya han recibido radiación en los pechos. La ecografía suele ser una buena alternativa para estas mujeres. Además es indolora y no conlleva el riesgo de la radiación. La mamografía sigue siendo la modalidad preferida para la mayoría de las mujeres que no tienen ningún síntoma, pero ciertamente la ecografía también tiene su lugar.

El cáncer de mama

En la actualidad, en Estados Unidos, una de cada nueve mujeres (algunos estudios dicen que una de cada ocho) de edades comprendidas entre 1 y 90 años enferma de cáncer de mama. Esto no quiere decir que una de cada nueve mujeres de 45 años va a contraerlo. Para poner esto en perspectiva, es necesario saber que sólo a partir de los 90 años hay riesgo de que lo contraiga una de cada ocho mujeres. Según el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, a los 20 años el riesgo es de 1 de cada 2.500 mujeres; a los 40 años es de 1 de cada 63, y a los 60 años es de 1 de cada 28. Pero el cáncer de mama es, de todos modos, la principal causa de muerte por cáncer entre las estadounidenses de 40 a 45 años.[23] (A veces es útil recordar, sin embargo, que las enfermedades cardiovasculares matan a seis veces más mujeres que el cáncer de mama, y que el cáncer de pulmón también causa más muertes.)

Cuando yo estaba en la Facultad de Medicina, se me enseñó que una de cada veinticinco mujeres contraían cáncer de mama. Nadie sabe muy bien si la incidencia de este cáncer está en aumento o si sencillamente ahora lo diagnosticamos antes, debido al mayor número de mamografías que se hacen y al conocimiento del público. Al margen de las estadísticas, sin embargo, todas conocemos al menos a una mujer que lo ha tenido o lo tiene.

Para que esto sea así, ciertamente algo está desequilibrado. Veo demasiado cáncer de mama; actualmente mata a más mujeres que el sida. Se acumulan las pruebas de que ciertos contaminantes ambientales favorecen la actividad del estrógeno y podrían contribuir a la incidencia de problemas de mama en el mundo industrializado.[24] Pero esté o no esté aumentando el cáncer de mama estadísticamente, y sean o no un factor coadyuvante las toxinas y los pesticidas industriales, toda mujer ha de ocuparse activamente de la salud de sus mamas. ¿Para qué esperar a que se hagan más estudios sobre las toxinas ambientales o se encuentre un tratamiento definitivo para el cáncer de mama cuando podemos comenzar ahora a crear salud en nuestros pechos mediante los pensamientos, emociones y opciones diarias, aun en el caso de que ya se tenga cáncer?

Me preocupa también la posible relación entre el cáncer de mama y las píldoras anticonceptivas y la terapia sustitutiva de estrógeno. La mama es un órgano sensible al estrógeno. Muchas mujeres que han estado tomando la píldora o han seguido una terapia sustitutiva de estrógeno han descubierto que la medicación les agrandaba los pechos y a veces les producía sensibilidad. El efecto de estos fármacos, combinado con la dieta estándar estadounidense, rica en grasas e hidratos de carbono y pobre en fibras, que sobreestimula el tejido mamario, podría predisponer al cáncer de mama. También me preocupan los posibles efectos de la hormona del crecimiento bovino en el tejido mamario.[25]

Con los actuales índices de cáncer de mama y de carcinoma ductal ***in situ***, ¿cómo no suponer que estamos ante una epidemia de esta enfermedad? Ya es demasiado común esperar a que la profesión médica o el Gobierno hagan algo. Las mujeres debemos disminuir los riesgos ya.

La relación entre el cáncer de mama y la dieta

Durante muchos años el cáncer de mama ha sido relacionado con un elevado consumo de grasa y un bajo consumo de ciertos elementos nutritivos. Ya en 1977, en un estudio realizado en el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, se comprobó que los países donde hay un mayor consumo de grasa de origen animal

tenían el índice más elevado de mortalidad por cáncer de mama.[26] Pero el asunto no es tan sencillo. En 1996, un análisis de 337.000 mujeres en siete estudios prospectivos sugería que no hay ninguna relación entre el consumo de grasa alimentaria y el riesgo de desarrollar un cáncer de mama. Los investigadores no encontraron ninguna diferencia en los índices de cáncer de mama entre las mujeres cuyo consumo de grasa era más del 45 por ciento del total de calorías y aquellas cuyo consumo era menor del 20 por ciento. Al parecer no importaba si las grasas eran saturadas, monoinsaturadas o poliinsaturadas.[27] De un modo un tanto confuso, un estudio italiano demostró que disminuía el riesgo de cáncer de mama cuando se aumentaba el consumo de grasa, pero ese riesgo se incrementaba si se aumentaba el consumo de hidratos de carbono en forma de féculas (panes, pasta, etc.).[28] También se están acumulando datos científicos sobre la relación entre el azúcar, los niveles de insulina y el cáncer de mama.[29]

He aquí mi opinión actual. Las dietas ricas en grasa de las sociedades industrializadas casi siempre contienen grandes cantidades de grasas parcialmente hidrogenadas, por lo general acompañadas también de grandes cantidades de hidratos de carbono refinados, mientras que el consumo de frutas y verduras frescas y de antioxidantes es bajo. Esta combinación establece la pauta para el desequilibrio de los eicosanoides a nivel celular, sobre todo si a esto sumamos los efectos bioquímicos de ciertos estados emocionales, de los que ya he hablado. Además, los contaminantes ambientales, como los bifenilos policlorados y otros compuestos tóxicos, probablemente son importantes. El exceso de estrógeno (en relación a la progesterona) a lo largo del ciclo vital también parece estar relacionado con el mayor riesgo de cáncer de mama, al menos en algunas mujeres. Aunque nadie sabe exactamente cómo influye la relación entre la grasa alimentaria y el estrógeno en la causa del cáncer de mama, las investigaciones nos han dado algunas pistas.

- Dada esta información sobre el estrógeno y el tejido mamario, recomendaría a todas las mujeres a las que les preocupa el cáncer de mama o tienen un historial de dolor en los pechos, síndrome premenstrual, miofibromas u otros indicios de un predominio de estrógeno, que hicieran todo lo posible por tener suficiente progesterona en el organismo. El médico puede pedir un análisis de saliva para determinar los niveles de hormonas.
- La grasa de origen animal podría estimular a las bacterias del colon a sintetizar estrógeno a partir del colesterol de los alimentos, contribuyendo posiblemente así a un hiperestrogenismo en el cuerpo.
- La propia grasa corporal fabrica estrona, que es un tipo de estrógeno.
- El hiperestrogenismo se puede regular con una dieta rica en fibras y pobre en grasas, porque la fibra aumenta la excreción fecal del estrógeno.[30]
- Las mujeres asiáticas que se alimentan con una dieta tradicional, en la que están presentes los productos de la soja (como el tempe, el tofu y el miso), excretan mucho más estrógeno que las que no siguen esta dieta. También tienen un riesgo de cáncer de mama mucho menor. Al parecer, estos productos de la soja, ricos en unas substancias vegetales llamadas fitoestrógenos que tienen propiedades similares a los estrógenos débiles, protegen del cáncer de mama, debido en parte a que su actividad estrogénica débil tiende a bloquear los receptores de estrógeno de las células, protegiéndolas así del estímulo excesivo del estrógeno de otro origen.[31] Un estudio realizado en Singapur demostró que las dietas ricas en productos de la soja disminuyen el riesgo de cáncer de mama en las mujeres premenopáusicas.[32] En otro estudio se descubrió que los vegetarianos y las mujeres con bajo riesgo de cáncer de mama tiene elevados niveles de lignina en la orina (la lignina es el componente básico de las paredes celulares de las plantas), mientras que las mujeres con alto riesgo tienen bajos estos niveles.[33] Los estudios de laboratorio también han demostrado que los fitoestrógenos inhiben la proliferación de las células del cáncer de mama humano.[34]
- Un compuesto llamado indoI-3-carbinol (I3C), substancia química vegetal obtenida de las cruciferas (col, brécol, coles de Bruselas, etc.), cambia el modo de metabolizar el estrógeno; tiene la propiedad de reducir la capacidad del estrógeno para favorecer el cáncer.[35]
- Se ha comprobado que las pacientes de cáncer de mama tienen niveles de selenio más bajos que las mujeres que no tienen cáncer.36 El selenio es un oligoelemento que suele faltar en los alimentos refinados. De hecho, en una prueba de prevención del cáncer, realizada con el método de doble ciego, con personas elegidas al azar, la toma de 200 mcg de selenio al día durante más de seis años dio el resultado de un 50 por ciento de reducción de la mortalidad total por cáncer.[37] El hiperestrogenismo y posiblemente el cáncer de mama podrían disminuir añadiendo *Lactobadllus acidophilus* a la dieta. Esta beneficiosa bacteria contribuye a un buen metabolismo del estrógeno en el intestino.[38] Se vende en cápsulas en las tiendas de alimentación dietética; los profesionales de la salud conscientes suelen recomendar una marca fiable; yo recomiendo PB8, que no requiere refrigeración. La mayor parte de los

yogures comerciales no contienen suficientes bacterias vivas para producir el mismo efecto, pero los fabricados biológicamente sí.

- La toma de bioflavonoides (que se encuentran en la vitamina C) podría inhibir la síntesis del estrógeno.[39]
- En un estudio de pacientes de cáncer de mama se relacionó un nivel bajo de retinol (subproducto de la vitamina A) en la sangre con una menor respuesta a la quimioterapia.[40]
- En algunos estudios se ha comprobado que alrededor de un 20 por ciento de las pacientes de cáncer de mama tienen niveles de la coenzima Q10 por debajo de lo normal. La coenzima Q10 (también llamada ubiquinona) es una substancia natural necesaria para la producción de trifosfato de adenosina (ATP), la principal molécula que da energía a nuestras células. También se ha comprobado que mejora la actividad inmunitaria. En un estudio reciente realizado en Dinamarca, a 32 pacientes de cáncer de mama se les administró hasta 390 mg diarios de la coenzima Q10, junto con antioxidantes y ácidos grasos esenciales. Siete de ellas experimentaron una regresión parcial o completa de su tumor.[41]

  Aunque estos resultados son preliminares, he comenzado a recetar la coenzima Q10 como parte del programa de suplementos a todas las mujeres preocupadas por la posibilidad de cáncer de mama. La dosis habitual es de 30 a 90 mg diarios. Las mujeres a las que ya se les ha diagnosticado este cáncer, vale la pena que prueben con 300 mg diarios. Varios de mis colegas que tratan el cáncer de mama han informado de resultados similares a los comprobados en el estudio danés. La coenzima Q10 se encuentra en las tiendas de alimentos dietéticos.
- El consumo de bebidas alcohólicas está relacionado con el riesgo de cáncer de mama.[42] En un excelente estudio se llegó a la conclusión de que esta relación se debe a que el consumo de alcohol aumenta los niveles de hormonas en la sangre. En mujeres de 50 años o más, el tipo de alcohol asociado con el mayor riesgo era la cerveza.[43] Dado el hecho de que muchas mujeres beben para ahogar sus emociones, las emociones no expresadas podrían intensificar esa relación entre el alcohol y el cáncer de mama.
- En un interesante estudio realizado recientemente en Noruega se comprobó que, comparadas con mujeres sedentarias, las que hacen ejercicio con regularidad (4 horas a la semana) reducen en un 37 por ciento el riesgo de cáncer de mama. El motivo más probable de esto es que el ejercicio regular disminuye el nivel de grasa corporal y el nivel total de estrógenos en circulación.[44]

El historial familiar y el gen del cáncer de mama

Hay ciertas familias en las que se ha identificado una mayor posibilidad genética de cáncer de mama a edad temprana y a veces de cáncer de ovario.[45] En los hombres de esas familias han aumentado los índices de cánceres de colon y de próstata. Si bien ahora se ha comercializado un análisis para detectar los genes 1 y 2 del cáncer de mama, la mayoría de los especialistas están de acuerdo en que ese análisis debe reservarse para las personas que participan en estudios de investigación, porque en realidad no sabemos qué significan los resultados ni lo que debe hacerse con ellos. El motivo es el siguiente: en algunas familias estudiadas, a las mujeres que tienen el gen se les ha calculado un riesgo para toda la vida de un 85 por ciento de contraer cáncer de mama y de un 50 por ciento de contraer cáncer de ovario. Pero hay otras familias que tienen el gen y en ellas no hay un índice elevado de cáncer de mama ni de ovario. Esto plantea la duda de si no será exagerada la cifra del 85 por ciento.

Está claro que los genes con que nacemos son sólo una parte de la historia. La forma en que se expresan es otra historia. La dieta, el entorno, las emociones concretas y el comportamiento influyen en si el gen se expresará y causará enfermedad o no. Es evidente que en ciertos ambientes, el gen 1 del cáncer de mama es menos letal que en otros.[46] La mayoría de las mujeres a las que se ha diagnosticado un cáncer de mama no tienen un historial familiar de esta enfermedad, ni tampoco tienen el gen 1 del cáncer de mama. En un estudio importante, sólo el 10 por ciento de las jóvenes pacientes de cáncer de mama tenían el gen. Pero una mujer que no tiene el gen, de todos modos corre un riesgo del 12 por ciento de contraer cáncer de mama en su vida. Lo primero que les digo a mis pacientes que tienen un historial familiar de cáncer de ***mama*** (generalmente la madre) es que ellas no son su madre y que la genética es sólo un factor más cuando alguien contrae una enfermedad.

He aquí la historia de una mujer que ha resuelto convincentemente su historial familiar:

> Por un tiempo mi vida estuvo llena de incertidumbres. En mi trabajo de asistenta social en un gran hospital docente de Boston, yo cubría la unidad de oncología y las dos unidades de cuidados intensivos. Llevaba un locali-

zador que no paraba de sonar. En casa me sentía continuamente asaltada por el ruido de la calle y el de las enormes radios que todos los chicos del bloque tenían encendidas. Juraba que a los cincuenta años me retiraría de esa incesante lucha y buscaría algún lugar tranquilo donde poder enseñar y orientar un poco y tener una pequeña consulta privada y un gran jardín.

Llevaba unos cuantos años trabajando en oncología. Al principio me sentí un tanto obligada a hacerlo, sabiendo que eso tenía que ver con la muerte de mi madre, que murió a los 40 años de cáncer de mama. Era algo así como un desafío a la muerte: si lograba aprender todo lo posible acerca del cáncer, este no me «cogería» a mí. Lo único que tenía que hacer era pasar de los 40 años. En mi propia terapia, al acercarme a los cuarenta me enfrenté al problema de «tener» que trabajar en oncología. Después de cierta confusión, finalmente decidí que hacía lo que hacía porque era muy buena en ello, y que cuando llegara el momento de trabajar en otra esfera lo haría.

Los cuarenta años llegaron y pasaron, y la angustia continuó.

En septiembre de 1990 vine a Maine de vacaciones. Un día estaba comiendo con una conocida y estábamos hablando de nuestros sueños para el futuro. Cuando le dije que mi sueño era retirarme a un lugar como este cuando tuviera 50 años, ella me preguntó: «¿Y por qué no ahora?».

Mi respuesta fue que, para ser asistenta social, ganaba bastante dinero, tenía una hipoteca razonable y tenía derecho al plan de pensiones del hospital. Su observación de que estaba aprisionada por los «grilletes de oro» me fastidió, porque me gusta pensar que mis valores son otros. «Además —me dijo—, ¿qué te hace creer que vas a llegar a los cincuenta?» No sólo mi madre murió joven, sino que yo trabajaba cada día con personas más jóvenes que yo que se estaban muriendo.

Sé que en ese momento cambió mi vida. Lo sentí en todas las células de mi cuerpo. Y supe que no había ningún motivo para no irme a vivir a Maine. Al día siguiente le expliqué lo que quería a un administrador de fincas, y a las nueve en punto de la mañana siguiente entré en la casa que ahora poseo. Esa primera casa que fui a ver era justamente la que había soñado.

En enero me trasladé a Maine y continué trabajando en Boston; no me molestaba tener que viajar, algo que me resultaba fácil al tener un horario flexible. En marzo murió Claudia, una chica leucémica con la que me había encariñado mucho. Llevaba cuatro años trabajando con Claudia y su familia. Me aterraba pensar que moriría. La mañana en que murió sentí dolores en el pecho. Sabiendo que no tenía ningún problema físico, puse atención y traté de descubrir qué quería decirme mi cuerpo. Al final de ese día, ya le había puesto nombre a ese dolor: «congoja colectiva». Me di cuenta de que conocía a más personas muertas que vivas, y decidí que necesitaba un fin de semana lejos para pensar. Unos cuantos domingos después, estaba sentada en las rocas mirando el mar, delante de un gran balneario. Pensé en Claudia, en las muchas otras personas con quienes había trabajado y que habían muerto; finalmente pensé en mi madre.

Por alguna razón, sentí curiosidad por saber a qué edad exacta había muerto. Es sorprendente, pero jamás había hecho los cálculos aritméticos que me habrían dado esa información. Unas sencillas cuentas me dijeron que murió a los 41 años y 9 meses. Justamente ese día yo tema exactamente 41 años y 9 meses, y llevaba cinco años y medio trabajando en la unidad de oncología: el mismo tiempo que ella estuvo enferma de cáncer de mama. ¡Lo había conseguido! ¡Había sobrevivido!

Al día siguiente presenté mi dimisión. Dediqué el verano a pensar en lo que haría con mi vida. Esos pocos meses se convirtieron en unos cuantos más, y cuando volví a trabajar ya habían pasado nueve meses, un tiempo apropiado para renacer.

Durante ese tiempo celebré el cumpleaños que mi madre no llegó a celebrar y comencé a reflexionar en mi identidad y mis prioridades. Finalmente inicié lo que se ha convertido en una muy próspera práctica de psicoterapia. Enseño de vez en cuando, trabajo un poco en la consulta y tengo ese gran jardín. Y sé que soy la hija de mi madre, pero que no tengo por qué ser ella.

Como parte de mi viaje, he llegado a creer en la fuerza del cuerpo y el espíritu, un auxilio incluso en las situaciones más insufribles. En los años cincuenta, cuando mi madre tuvo cáncer de mama, sé que había muy pocas opciones para una mujer católica estancada en un mal matrimonio, e incluso menos si en la infancia se había quedado físicamente discapacitada, como era su caso. Ahora creo que su cáncer de mama fue la única manera de escapar de una situación inaguantable, un mal matrimonio, una existencia agobiante de culpa y sacrificios. Lamento que su escape le costara la vida.

Tratamiento para el cáncer de mama

Las modalidades de tratamiento para el cáncer de mama escapan al alcance de este libro y no son mi especialidad. No me hace particularmente feliz el índice de curaciones conseguidas por los métodos actuales. Si bien los especialistas no suelen estar muy de acuerdo con las estadísticas, los datos sugieren que el índice global de mortalidad por cáncer de mama podría estar bajando. Aunque se ha informado que el índice de mortalidad, ajustado a la edad, entre las estadounidenses blancas con cáncer de mama bajó un 6,8 por ciento de 1989 a 1993, no sé muy bien qué significa esta cifra en realidad, dado el gran número de carcinomas ductales ***in situ*** que sin duda se han incluido en estas estadísticas. En algunas zonas del país se continúan practicando mastectomías, aun cuando en muchos casos la lumpectomía para preservar las mamas ha demostrado ser igual-

mente eficaz. ***Insto*** a todas las mujeres que se encuentran ante la necesidad de decidir el tratamiento para un cáncer de mama que busquen una segunda opinión si la única opción que les ofrecen es la mastectomía o si tienen la impresión de que al cirujano no le gusta la lumpectomía y por lo tanto no les ofrece esa opción.

Me inquieta la práctica de extirpar los ganglios linfáticos de las axilas de mujeres con tumores cancerosos muy pequeños. Si bien la extirpación de los ganglios, junto con su posterior análisis, forma parte del método que utilizan los cirujanos para determinar hasta dónde se ha extendido el cáncer y se hace por lo tanto para decidir el tratamiento que seguir, esta operación suele dejar a la mujer con inflamación y dolor en el brazo, y estos problemas no siempre se resuelven solos. Los ganglios linfáticos forman parte del sistema inmunitario y existen para ayudar al cuerpo a combatir el cáncer. Sin embargo, yo no trato el cáncer de mama, y por lo tanto debo dejar las decisiones respecto al tratamiento a aquellos que lo hacen. Sí aconsejo a las mujeres que piensan someterse a una disección de los glanglios linfáticos que comiencen un programa de fisioterapia tan pronto como sea posible después de la operación para disminuir el riesgo de desarrollar un linfedema, que es la hinchazón del brazo y la mano a consecuencia de la extirpación de los ganglios.

Sea cual sea la forma de tratamiento, actualmente las mujeres de todo el mundo están transformando su experiencia del cáncer de mama y sanando en sus planos más profundos para continuar viviendo una vida plena, dinámica y creativa.

Según mi experiencia, el trabajo reflexivo interior para cambiar las pautas emocionales relacionadas con el cáncer de mama, ciertos tipos de grupos de apoyo y una mejor alimentación, son partes importantes del tratamiento, al margen de si se hace una lumpectomía, una mastectomía, radioterapia o quimioterapia. Si bien la gran mayoría de mujeres con cáncer de mama eligen la cirugía, la quimioterapia, o ambas cosas para tratarlo, he trabajado con varias cuya elección sólo ha sido un cambio de dieta y el trabajo interior, sin ninguna ayuda de la medicina oficial aparte de la biopsia inicial para hacer el diagnóstico. Al cabo de varios años, dos de esas mujeres tienen ahora mamografías limpias, sin ningún indicio de cáncer en ninguna parte. A una de ellas la llamó a casa el cirujano, cuando ella rechazó la operación, para decirle que si no se la hacía, se moriría. Ella se negó y ahora, siete años después, está libre de cáncer.

Muchas mujeres eligen algunas de las opciones de tratamiento que se les ofrecen, pero no todas. Mildred tenía 43 años cuando le diagnosticaron un cáncer de mama. Estaba casada con un catedrático y vivían en una ciudad universitaria del medio Oeste. Jamás había trabajado fuera de casa; había elegido casarse con poco más de 20 años y dedicarse a criar tres hijos. Poco después de cumplir los 35 años, se enteró de que su marido había estado teniendo una serie de aventuras con alumnas. Por motivos económicos, decidió continuar con él hasta que sus hijos fueran mayores. Pero cuando le hicieron el diagnóstico de cáncer de mama, abandonó a su marido, volvió a estudiar y consiguió un trabajo. Ahora vive feliz e independiente. Sólo le hicieron una lumpectomía. Cuando su hija le preguntó por qué no se hacía mamografías y exámenes cada seis meses, ella le contestó: «Sé por qué enfermé de cáncer de mama. Sabía cuál era el problema en mi vida y me liberé de él. Sé que no me va a volver el cáncer». Mildred sabía que no podía conservar su salud si continuaba casada con un hombre que le era infiel sexualmente. Han pasado más de diez años y no ha tenido ninguna recurrencia del cáncer de mama.

Brenda Michaels tenía 26 años cuando le diagnosticaron cáncer de mama por primera vez. Durante diecisiete años combatió la enfermedad y se hizo tres operaciones importantes. Finalmente, después del tercer diagnóstico y un pronóstico que le daba un año de vida, tomó el mando de su vida y se comprometió a escuchar a su sabiduría interior. Me escribió lo siguiente: «La verdad es que los problemas emocionales que tenía al sentirme mártir eran tremendos. Decidí considerar mi cáncer como un maestro y una llamada a despertar, y asumir la responsabilidad de mi salud. Esta decisión me ha permitido no sólo explorar las alternativas respecto a mi cuerpo, sino también comenzar a sanar mis emociones más profundas reprimidas y las raíces espirituales relacionadas con mi enfermedad. Pienso que ahí es donde ha ocurrido la mayor parte de mi sanación, lo que en último término me ha llevado a la salud y la vitalidad que experimento ahora». Actualmente, Brenda es una reconocida conferenciante de la Sociedad del Cáncer de Estados Unidos y es la primera persona de las que trabaja en este grupo que ha recurrido a alternativas ajenas a los tratamientos convencionales para sanar su cáncer.

Otra de mis pacientes, Julia, tenía 38 años cuando le hicieron una lumpectomía. La biopsia reveló que no se había extirpado todo el tumor en la operación. Dada la naturaleza de su cáncer, se recomendó mastectomía y disección del ganglio linfático. Pero ella decidió volver a la casa de su infancia en el sur y enfrentarse a sus demonios: toda una vida de codependencia y un matrimonio que se le había quedado pequeño. Este proceso fue acompañado por una profunda limpieza emocional y una liberación de viejas formas de ser y comportamientos y hábitos nada sanos. También cambió su dieta habitual por una vegetariana. Aunque en estos momentos no tiene cáncer, sabe que debe continuar en contacto con sus necesidades más profundas y su

sabiduría corporal. Hace poco se sintió «llamada» a trasladarse al suroeste. Aunque no sabía bien de qué podría vivir allí, decidió irse de todos modos. Casi inmediatamente encontró trabajo en una pensión con cama y desayuno. Sus circunstancias ahí eran muy sanadoras; no sólo tenía habitación y pensión completa, sino que disponía también de mucho tiempo y espacio para estar sola y cerca de la naturaleza. Julia es extraordinariamente valiente y continúa bien de salud.

A otra de mis pacientes, Gretchen, le diagnosticaron un tipo de cáncer que se considera muy agresivo y de rápida proliferación. Se negó a hacerse el tratamiento convencional y en su lugar cambió su dieta y abandonó un matrimonio abusivo. Finalmente encontró empleo en una editorial, en un trabajo que le encanta. Han transcurrido tres años y no tiene ningún tipo de cáncer detectable. Pero vive día a día y no se considera «totalmente curada». Dice: «Mi esencia es vivir mi vida día a día».

Piensa que los cambios que ha hecho en su estilo de vida han sido los principales factores de su curación.

Historias de mujeres

Caroline Myss y otros sanadores enseñan que el cáncer es la enfermedad del tiempo. Puede producirse cuando la mayor parte de la energía de la persona está ocupada en viejas heridas y resentimientos del pasado que al parecer no puede dejar atrás. Estas viejas heridas necesitan un testigo, alguien que las valide, para que comience la sanación.

Nuestra relación con el tiempo puede enfermarnos, y de hecho nos enferma. Sonia Johnson dice: «El tiempo no es un río; todos tenemos en este momento todo el tiempo que fue y todo el que será. El tiempo lineal es una invención adictiva».[47] En una cultura materialista y adictiva, aprendemos que el tiempo es dinero y que debemos pasar cada minuto de nuestra vida realizando y produciendo más y más. En lugar de disfrutar de cada momento que tenemos para vivir plenamente nuestra vida, a muy temprana edad se nos enseña que «nunca hay tiempo suficiente»; siempre vamos «corriendo contra reloj». Demasiadas personas sufrimos de la «enfermedad de las prisas». Corremos de aquí para allá, con el corazón acelerado, pensando que hay demasiado que hacer y poco tiempo para hacerlo. El estado de nuestro cuerpo y de las células que lo forman es un reflejo de esto.

MONICA: UN VERANO DE SANACIÓN. Monica tenía 48 años cuando vino a verme por primera vez. Hacía poco que le habían hecho una biopsia para el cáncer de mama, que resultó positiva. Su cirujano le recomendó una mastectomía y la extirpación de los ganglios linfáticos de la axila derecha. Monica y su compañero tenían una tienda de libros usados y se ocupaban también de buscar por encargo libros difíciles de encontrar. Los dos habían leído muchísimo sobre el tema del cáncer de mama. Ella puso objeciones a hacerse la mastectomía; después de una larga conversación, el cirujano accedió a hacerle una lumpectomía. Pero se encontró con que los márgenes del tumor no estaban definidos y esto le llevó a la preocupación de que hubieran quedado células cancerosas. Monica y su compañero habían visto a un oncólogo y sabían que la quimioterapia era la recomendación estándar para ese tipo de cáncer, pero deseaban descubrir otras cosas que ella pudiera hacer, además de ese tratamiento convencional.

Le sugerí que podía hacer una dieta que le disminuyera los niveles de estrógeno en la sangre, y aplicarse compresas de aceite de ricino en el pecho afectado para fortalecer el funcionamiento de su sistema inmunitario. Le insistí en que esas medidas no estaban consideradas «curas» en el sentido médico ortodoxo, y que no habían sido tan bien estudiadas como la cirugía y la quimioterapia. Ella lo comprendió. Le dije que era esencial que dedicara los meses siguientes a aprender a cuidar de sí misma y hacer cosas que le procuraran placer. Ella y su familia se marcharon a considerar sus opciones y quedé en verlos tres meses después, en septiembre.

Cuando volvió a verme, pasados esos tres meses, parecía haber rejuvenecido quince años; estaba radiante de salud. Le pregunté qué había hecho. Me dijo: «Cuando salí de aquí, comprendí que tenía que cambiar mi vida. Este verano decidí hacer todo lo que me pareciera maravilloso y sanador. Así pues, salí a pasear en bicicleta todos los días y pasé largas horas echada en el campo mirando el cielo y las nubes. Me introduje el verano en todas las células del cuerpo. No había tenido un verano así desde que era niña. Tuve la impresión de que duraba eternamente».

Monica había cambiado su relación con el tiempo, deteniendo el reloj y traido a sus células al momento presente. A muchas de nosotras nos hace falta tomarnos el tiempo necesario para «introducirnos el verano en todas las células del cuerpo». Han transcurrido seis años y Monica no ha vuelto a tener indicios de cáncer. Aunque finalmente decidió no someterse a quimioterapia ni a más operaciones, ha continuado sin cáncer.[48]

SERENA: LA LIBERACIÓN DEL PASADO. Serena tenía 48 años cuando vino a verme por primera vez después de hacerse una mastectomía a causa de una masa bastante grande en el pecho que era un cáncer de mama mal diferenciado: el tipo de tejido asociado a la proliferación más rápida y de peor pronóstico. No hacía mucho que se había trasladado a la costa este, desde California. Dos años antes había roto su relación con un hombre después de diez años de convivencia, cuando él se enamoró de otra, con la que se casó. Ese hombre era el creador y fundador de un grupo muy popular de autoayuda, y las actividades del grupo, los seminarios, los talleres y los viajes habían significado para ella unos buenos ingresos, y por otro lado, el grupo también funcionaba como una familia y un sistema de apoyo para Serena; además, ella había contribuido con bastante dinero para pagar el centro donde se reunía regularmente el grupo. Cuando su otra mitad la dejó por otra mujer del grupo, ella se quedó fuera, y ya no era tan bien acogida en las actividades del grupo como antes. Tan pronto como se trasladó a la costa este después de la ruptura con su «familia», inició una terapia (individual y de grupo) para ayudarse a tratar la rabia, la aflicción y el abandono que sentía. A raíz de esta experiencia, conoció a muchas mujeres que se encontraban en una situación semejante: se sentían estafadas económica y sexualmente y de otras maneras. Estaba acostumbrada a comer alimentos integrales y continuó haciéndolo. En el grupo de apoyo para el cáncer de mama en el que entró, conoció a mujeres que habían seguido dietas pobres en grasa durante años, otras que habían hecho ejercicios toda su vida, y otras que tomaban todo tipo de suplementos. Me dijo que ciertamente no estaba claro, al menos según las experiencias de las mujeres del grupo, que la dieta o los suplementos fueran la respuesta.

En esa primera visita le expliqué que tenía que asegurarse de que todas sus relaciones fueran de verdadero compañerismo, relaciones en las que ella diera y recibiera en igual medida. Aunque llevaba años comprometida con la medicina alternativa, su guía interior le aconsejó someterse a quimioterapia, y ella lo hizo sin ningún problema, ayudándose con la meditación y la relajación.

Poco después de la ruptura de su relación, consultó con un abogado para que le ayudara a reclamar al grupo la devolución de su dinero y sus pertenencias. Este abogado le dijo que, dados los aspectos legales de su situación, era muy improbable que recuperara su dinero. Después de hablar con los miembros de su grupo de apoyo, decidió buscar otro abogado y «llevar el caso al Tribunal Supremo si era necesario».

Aunque continuaba comiendo bien, tomando suplementos y haciendo ejercicio, se sentía cansada y apática, y eso le extrañaba, porque ya hacía casi un año que había terminado el tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Le recomendé que hiciera un retiro y confeccionara una lista de todas los aspectos de su vida que iban bien, y otra de todos los aspectos que necesitaban un cambio. Después, habiendo meditado sobre esas listas, podría elaborar un plan para cambiar las cosas que estaba dispuesta a cambiar en esos momentos. Fue a un centro de meditación y durante su retiro tuvo un sueño: estaba en una balsa y a lo lejos veía una casa en llamas; en la casa estaban sus ex amigos del grupo de autoayuda. En ese momento del sueño comprendió que tenía dos opciones: ir a la casa en llamas y rescatarlos, o seguir en la balsa y dejar que el río la llevara adonde tenía que ir; siempre en el sueño, notó que tomar la decisión de dejar el río e ir a la casa le producía una sensación de cansancio y conflicto. Aunque su mente la empujaba hacia la casa, su corazón y su cuerpo se sentían atraídos hacia donde la llevaba el río. Despertó bruscamente y comprendió lo que tenía que hacer. Tenía que permitirse flotar en el río de una nueva vida.

Aunque todos sus pensamientos le decían que el grupo le debía dinero, en lo más profundo de su ser comprendió que aferrarse a eso le agotaba la energía vital y le mantenía el tipo de energía que la tenía encallada en el pasado, lo cual impedía que ocurriera nada nuevo o mejor en su vida. Una semana después de volver del retiro y de tener su sueño, anuló la demanda judicial contra su antiguo grupo e inventó una ceremonia para dejar atrás el pasado y continuar con una nueva vida. Después también dejó de asistir a las reuniones del grupo de apoyo, al darse cuenta de que esa experiencia simplemente le recreaba el pasado; había observado también que cuando iba a las reuniones salía de ellas más cansada que cuando entraba. Comprendió que, aunque al principio el grupo le había sido muy útil, era el momento de abandonarlo.

Dos meses después de esa fase de sanación, le ofrecieron un puesto en una editorial, trabajo con el que siempre había soñado. Lo aceptó, y allí conoció a un hombre con el que actualmente está casada. A diferencia de su anterior relación, este matrimonio es una verdadera asociación de corazón para ella, y ahora puede mirar hacia atrás y ver su cáncer de mama como un aviso de su guía interior en un momento crítico. Piensa que este le hizo el regalo de una vida nueva y mejor. Continúa estando bien. La mayor parte del tiempo no se preocupa por el cáncer de mama, y cuando se acuerda, «lo deja en manos de su poder superior».

Aunque Monica *y* Serena eligieron métodos curativos diferentes, las dos han cambiado su relación con el tiempo y las dos creen que han elegido el camino correcto para ellas.

La cirugía plástica de las mamas

Implantes: Una cortina de humo para el verdadero problema

Los medios de comunicación han destacado los problemas que han tenido algunas mujeres con los implantes de silicona. Hay quienes piensan que el cansancio crónico, la artritis, la inmunodepresión y otros trastornos están relacionados con los implantes, pero se han hecho repetidos estudios que han mostrado pocos riesgos o ninguno, aunque no han sido lo suficientemente extensos como para descartar un efecto pequeño en un número pequeño de mujeres. En las mujeres que tienen tendencia a trastornos del tejido conectivo de cualquier tipo, podría aumentar un 1 por ciento el riesgo de que se desarrollen problemas después de un implante de silicona en los pechos, mientras que aquellas que no tienen ningún factor de riesgo que las predisponga, probablemente no corren ningún tipo de riesgo. Por desgracia, a consecuencia de la situación creada por los implantes de mama, los fabricantes de importantísimos aparatos médicos de silicona, como tubos para anastomosis, catéteres, marcapasos, injertos y válvulas cardiacas artificiales, ahora tienen dificultades para obtener la materia prima necesaria, debido al miedo a la peligrosidad de este producto.[49] Es difícil imaginarse unas consecuencias tan reñidas con la sabiduría femenina positiva simbolizada por los pechos.

A lo largo de los años de ejercicio de mi profesión, he visto a muchas mujeres con implantes de mama y a la mayoría les ha ido bien. (Debo reconocer que a algunas les ha costado resistirse a las exageraciones de los medios de comunicación y al miedo que estos han introducido.) Siempre que leo un titular de este estilo: «LAS MUJERES FURIOSAS CONTRA CORNING», me pregunto: «¿Qué impulsó a hacerse esos implantes a esas mujeres furiosas?». Jenny Jones, cuya historia apareció en la revista ***People***, explica candorosamente que en el momento en que se hizo el implante nadie podría haberla convencido de que no se lo hiciera. Su padre llevaba años haciendo comentarios despectivos sobre sus pechos pequeños, y ella deseaba cambiar su apariencia. Su sinceridad es encantadora, y su historia es un ejemplo de cómo las mujeres colaboramos en nuestra propia opresión.

El actual escándalo sobre los implantes de silicona enmascara un problema cultural más profundo. En cierto sentido las mujeres sabemos que nuestra obsesión por el tamaño de nuestros pechos no es sana, pero aún no hemos descubierto qué es lo sano. No es necesario un sociólogo para que nos diga por qué las mujeres quieren parecerse a las imágenes que nos han grabado en los cerebros desde la infancia todos los medios de comunicación, desde ***Playboy*** hasta la televisión. (Cuando mis hijas tenían 11 y 13 años, ya llevaban varios años preocupadas por su figura y su peso.) Los cuerpos de las mujeres son campos de batalla culturales, y hemos asumido la tarea imposible de tratar de vernos perfectas según cánones que no están basados en la realidad.

No estoy de acuerdo con las mujeres que piensan que las que se han hecho cirugía plástica se han «vendido». Si hubiera una manera fácil de trasladar grasa de las nalgas a los pechos, yo podría considerar la posibilidad de hacérmelos aumentar también. Tengo unos pechos muy pequeños, casi no fabrican sujetadores para mi talla. Además, uno se me quedó más pequeño que el otro después de lo de ese enorme absceso. En general, sin embargo, me siento muy feliz con esa parte de mi cuerpo. La primera vez que asistí a una operación para aumentar el tamaño de los pechos y vi la cantidad de tejido que se daña al separar la pared torácica del tejido que hay debajo, instintivamente me llevé las manos a los pechos en una actitud protectora. Comprendí que jamás elegiría ese procedimiento, tal como se hace hoy en día, por motivos estéticos. Para empezar, los implantes pueden disminuir o eliminar la sensación en los pezones, que forma parte del placer sexual de la mujer; los pezones se pueden poner muy duros y formar cápsulas fibrosas a su alrededor; en algunos casos hacen difícil amamantar a un bebé. Pero no juzgo a las mujeres que han optado por esta operación, no más de lo que juzgaría a una mujer por hacerse cambiar el tamaño y la forma de la nariz por motivos estéticos.

Los implantes y el método más nuevo de reconstrucción de las mamas, usando tejido abdominal de la propia mujer, pueden dar a las mujeres que han perdido un pecho por cáncer una imagen corporal que se aproxima a la integridad. Esta cirugía puede ser importantísima para la sanación de la mujer. La doctora Sharon Webb, cirujana plástica especializada en reconstrucción de pechos después de una cirugía para extirpar el cáncer, dice que suele recibir cartas de sus pacientes y familiares diciéndole lo agradecidos que le están por su trabajo y cuánto ha contribuido la reconstrucción quirúrgica a su sensación de bienestar general.

Ninguna de nosotras es inmune a nuestra herencia cultural y hemos de ser comprensivas y compasivas con nosotras mismas y con las demás mujeres. Cada mujer ha de decidir por su cuenta qué le parece lo mejor para su cuerpo y por qué. A continuación, explico unas cuantas historias relativas a la cirugía plástica de las mamas y sus consecuencias.

Historias de mujeres

JANICE: PRESIÓN FAMILIAR. Janice vino a Women to Women aparentemente para un examen físico anual de rutina. Había venido en dos ocasiones anteriores en busca de diafragmas adecuados. Era una mujer activa, esbelta y atractiva. En la sala de examen me dijo que tenía otras cosas que decirme, de modo que después del examen fuimos a hablar a mi consulta.

Me dijo que hacía unos años se había hecho una cirugía de agrandamiento de pechos y que al parecer todo iba bien (el examen lo había confirmado). En mi consulta, sin embargo, se le llenaron los ojos de lágrimas y me dijo que temía echarse a llorar porque tenía algo que preguntarme que nunca le había preguntado a ningún médico. Le recomendé que no reprimiera sus emociones porque siempre que nos conmovemos de esa manera estamos en la pista de algo importante. Entonces continuó: «La primera vez que fui a un ginecólogo tenía dieciséis años. Tenía unos terribles dolores menstruales y quería saber si me pasaba algo malo. Él no permitió que mi madre se quedara en la sala cuando me examinó. El examen fue muy doloroso y le pedí que no continuara, pero él no me hizo caso. Después, cuando me vio los pechos se echó a reír y me dijo: "Tal vez si te casas y tu marido te acaricia bastante los pechos te crecerán". Me recetó píldoras anticonceptivas para los espasmos y yo salí de la consulta sintiéndome muy humillada».

Después me contó el comienzo del desarrollo de sus pechos. Al principio le crecieron los pezones y comenzaron a sobresalir. Al tocarlos era como si tuviera una masa del tamaño de una nuez bajo cada pezón. Este tejido creció hasta el tamaño del hueso de un aguacate y allí se detuvo el crecimiento. Lo que me contaba era el desarrollo normal de los pechos, con tejido glandular normal bajo el pezón. Eso le ocurrió alrededor del tiempo de su primera menstruación. Le dije que eso a mí me parecía muy normal. Volvió a echarse a llorar. Sus pechos eran naturalmente pequeños, pero su madre, su hermano y una hermana siempre la llamaban «deforme».

Un día, cuando estaba comprando ropa con su madre, esta habló de su «deformidad» y le dijo que si alguna vez deseaba hacerse algo, ella estaría dispuesta a pagárselo. (Con frecuencia oigo historias de madres que les dicen a sus hijas que sus pechos no son lo suficientemente grandes. A veces les sugieren que se compren sujetadores almohadillados o se pongan algodón dentro del sujetador.) Janice sorprendió a su madre diciéndole que de hecho sí deseaba hacerse algo. Poco después, se hizo una mamoplastia de agrandamiento, con implantes de silicona.

Le pregunté cómo se sentía respecto a sus pechos en esos momentos. Me dijo que tenía sentimientos encontrados, dadas las circunstancias en que se hizo la operación. Se estaba sometiendo también a un tratamiento de acupuntura y estaba más interesada que antes en la curación natural, de modo que temía haberse estropeado al hacer algo tan «antinatural».

Mi respuesta fue decirle que muchas mujeres han elegido hacerse agrandar los pechos y están muy contentas con la operación. Las que se sienten más felices son aquellas que lo han meditado mucho antes y que lo hacen por complacerse a sí mismas y no a otras personas. Normalmente esas mujeres obtienen buenos resultados y sin ninguna complicación. Creo que cuando la persona se siente segura con una decisión como esa se fortalece el funcionamiento de su sistema inmunitario, y que en estos casos el índice de complicaciones tiende a ser bajo. Yo quería que Janice supiera que no creía que haberse hecho la cirugía plástica le hubiera dañado la salud de modo inalterable.

Lo más importante fue decirle que era normal, y no «deforme», y que siempre lo había sido. Simplemente tenía los pechos pequeños, como todas las mujeres del lado paterno de su familia. Se había criado en una familia que la maltrató emocionalmente respecto a su cuerpo a una edad en que era más vulnerable. Su visita al ginecólogo reforzó esa patología.

Ahora, a los 39 años, Janice se sentía por fin preparada para sacar a la luz esa historia sobre su cuerpo. Antes de marcharse me dijo: «No se imagina lo importante que es para mí oír todo esto de un médico». Le sugerí que se pasara el resto del día con sus lágrimas y cualquier otra emoción que le surgiera. Le pedí que las expresara con sonido. Todas las lágrimas y todas las emociones que sofocamos se quedan en nuestro cuerpo como asuntos no resueltos a la espera de que los atendamos. Janice tenía la oportunidad de completar una importante cantidad de sanación. Estaba preparada para sanar en todos los aspectos su relación con sus pechos.

SARAH: IMPLANTES PARA COMPLACER A SU MARIDO. Sarah tenía 55 años la primera vez que la vi. Había sacado adelante a varios hijos y había vivido 25 años con un marido alcohólico, pero ya estaba divorciada. Como les suele suceder a las personas como Sarah, su padre también había sido alcohólico. Quince años antes su mari-

do se quedó impotente y la culpó a ella del trastorno, diciendo que su cuerpo no era lo que él necesitaba para tener una erección.

Como tantas mujeres que mantienen una relación adictiva, ella le creyó y tomó el problema como propio. Su marido le dijo que tal vez no sería impotente si ella tuviera los pechos más grandes. Obedientemente ella se fue a Nueva York a hacerse implantes de mamas. Desde el comienzo los detestó, y su marido continuó impotente, aunque esta vez la explicación que le dio fue que ella tenía que tener algo mal en la vagina. Su relación continuó deteriorándose y el alcoholismo de él empeoró.

Varios años después, el marido la dejó. (Ahora vive con una mujer más joven a la cual todas podemos compadecer.) Sarah hizo una terapia para la codependencia y comprendió que ella no era la causa de la impotencia de su marido, y que jamás lo había sido. Pero ahora está pegada a los implantes de silicona que detesta. Dice que cuando hace frío los pechos no se le calientan porque los implantes tardan mucho en calentarse. Ha averiguado sobre la posibilidad de quitárselos, pero le dijeron que le costaría 3.000 dólares, y su seguro no lo cubre. Cada día recuerda el precio que ha pagado con su cuerpo. (A veces el seguro sí cubre la operación para quitarse los implantes. También me he enterado de que la mayoría de los cirujanos plásticos quitan los implantes por un precio más bajo.)

KIM: IMPLANTES PARA COMPLACERSE A SÍ MISMA. Kim es una mujer llena de vida cercana a los cuarenta. Actualmente trabaja en la industria de la moda, pero durante años fue profesora. Cuando era adolescente tenía las caderas muy anchas y los pechos muy pequeños. Jamás podía comprarse un traje porque o le quedaba mal la chaqueta o le quedaba mal la falda. Durante años se sintió muy desgraciada por su figura, aunque tenía muchísimos talentos. Hacía ejercicios y dieta para corregir lo más posible el desequilibrio, y finalmente, después de pensarlo varios años, decidió hacerse la operación para agrandarse los pechos. La operación fue maravillosamente bien y para ella ha sido una verdadera sanación, porque eligió ese procedimiento en las circunstancias óptimas. Lo hizo por sí misma. Ya tenía una elevada autoestima y sus expectativas de la operación eran las apropiadas. La mala prensa de los implantes la preocupó un poco, pero sabe que puede quitárselos si su sabiduría interior se lo aconseja.

BETH: ATRAPADA EN EL MEDIO. Beth ha sido paciente mía durante años. Ha tenido dos embarazos y ha amamantado a los dos bebés. Su marido la dejó después de nacer su segundo hijo y ella ha criado sola a sus hijos. Es independiente y fuerte. Hace varios años se hizo la operación para agrandarse los pechos. Después de los partos y la lactancia, los pechos le quedaron fláccidos; no encontraba sujetador que le quedara bien y se sentía incómoda con su apariencia. Siempre había tenido un cuerpo atractivo. (Comprendo que este concepto es espinoso: ¿atractivo para quién? ¿Por qué? ¿Con qué fin?) En todo caso, aunque tenía muy pocos ingresos, se las arregló para reunir el dinero necesario para hacerse la operación. El resultado fue excelente y ella está contenta. Un antropólogo podría decir que su cuerpo «social» mejoró con la operación. (Actualmente está trabajando en superar una extraña capacidad para atraer a hombres que no le ofrecen calor humano.)

Las pacientes cuya historia acabo de contar se hicieron la operación cuatro o cinco años antes de la actual controversia sobre los implantes de silicona. No me cabe duda de que esta publicidad adversa va a causar tanto daño como la propia silicona a Janice y a miles de mujeres como ella, no por los problemas de la silicona (y no niego que los pueda haber), sino por plantar semillas de miedo y duda que por sí solas pueden afectar al sistema inmunitario.

Creo que las circunstancias que rodean las implantaciones de mamas, es decir, el porqué se hace la operación, son tan fundamentales para que no haya efectos secundarios como cualquier problema posible proveniente de la silicona. Kim se hizo los implantes para sentirse feliz con su apariencia y ha sido muy feliz desde entonces. Hablé con ella hace poco y me dijo que le encantan sus implantes y que está segura de que no va a tener ningún problema con ellos. No le preocupa la difusión sensacionalista de los medios de comunicación. Creo que lo mismo vale, en general, para las pacientes que se han hecho una reconstrucción de las mamas después de someterse a una mastectomía y para aquellas que se han hecho implantes para igualar el tamaño de sus pechos.

Yo aprendí una gran lección de mi absceso en el pecho, de modo que rutinariamente le envío mensajes positivos a mi pecho; después de todo, su función murió por mis pecados. Las mujeres que tienen implantes de silicona también están aprendiendo una gran lección, aunque esta será diferente para cada mujer.

Un programa sanador para los implantes

- Entiende que miles de mujeres no tienen ningún problema con los implantes. Considera el hecho de

que tienes buenas posibilidades de ser una de esas mujeres.

- Si sientes rabia por cualquier aspecto de la operación o la atención recibida, tómate un determinado tiempo para expresarla y trabajarla y después pasa al perdón. Perdónate todo lo que no sabías. No desperdicies tu preciosa energía en reprenderte ni en reprender a nadie.
- Si deseas amamantar a tu bebé, has de saber que en estudios recientes no se ha comprobado que haya un mayor índice de problemas en los bebés amamantados por madres que tenían implantes de silicona. (Un estudio demostró que las mujeres con implantes tenían tres veces más probabilidades de tener dificultades para amamantar que las que no se habían hecho operación en las mamas, pero más de un 40 por ciento no tenían ningún problema. Los implantes colocados mediante una incisión en el pezón eran los que tenían menos éxito.)[50]
- Habla con el cirujano que te colocó los implantes. Los cirujanos plásticos a los que envío a mis pacientes disponen de paquetes de información que proporcionan a todas las mujeres que se han hecho implantes.
- Asegúrate de que tu dieta apoya tu sistema inmunitario. Come verduras ricas en betacaroteno, fitoestrógenos y lignina (véase el capítulo 17). También recomiendo un suplemento de vitaminas y minerales. Podrías consultar con un especialista en nutrición.
- Las compresas de aceite de ricino aplicadas a los pechos una vez a la semana son un excelente fortalecedor del sistema inmunitario; además, relajan y tranquilizan. Yo creo que tomarse el tiempo necesario para aplicarse las compresas hace saber a los pechos que se los quiere y cuida. Esto podría disminuir los efectos adversos de los implantes.
- Para algunas mujeres la opción correcta es hacerse quitar los implantes. Una de mis pacientes se los hizo quitar por el mismo cirujano que se los puso hace nueve años, y él se lo hizo con anestesia local y sin cobrarle nada. Ella dice que fue muy fácil y está contenta de habérselos quitado. «Estoy en un lugar diferente en mi vida del que estaba cuando me los hice insertar», dice. «Aunque no he tenido ningún problema, no quiero estar preocupada por la posible aparición de ninguno.»
- Comprende que sólo tú puedes decidir qué es lo mejor para ti en lo relativo a los implantes o a cualquier otra cirugía plástica.

Cirugía para reducir el tamaño de los pechos

A Sharon comenzaron a desarrollársele los pechos cuando sólo tenía 11 años. A los 15 ya usaba sujetadores de talla 100. En el colegio pasaba vergüenza y se sentía ridicula haciendo deportes. Correr le resultaba desagradable y en verano se le producían dolorosos sarpullidos en la base, por el sudor. Era un problema comprarse ropa porque tenía las caderas estrechas en relación con el tórax. Alrededor de los 30 años se hizo una mamoplastia reductora, una operación para reducir el tamaño de los pechos. Aunque ahora tiene cicatrices visibles en medio de cada pecho, se siente feliz por haberlo hecho.

Erin, una llamativa y hermosa mujer de algo más de 30 años, vino a verme para una ligadura de trompas. *Durante* el *examen* físico advertí que tenía las cicatrices características de la operación reductora y le pregunté cuándo se la había hecho. Me dijo que a los 25 años, simplemente porque estaba harta de la atención que atraía por ser hermosa y tener unos pechos grandes. Aunque la talla que tenía entonces era la 100, no inusualmente grande, había optado de todos modos por hacerse la operación.

Una de mis amigas tiene una compañera de *jogging* que también tiene esa talla. Los hombres aminoran la marcha de sus coches y hacen comentarios cuando la ven pasar. Incluso chicos de doce años se sienten con el derecho de seguirla en bicicleta y hacer comentarios.

Estas experiencias son típicas de las mujeres que han elegido hacerse reducir los pechos. Aunque esta operación suele disminuir o eliminar la sensación de los pezones, deja cicatrices y puede hacer que la mujer tenga dificultades para amamantar a sus bebés, la mayoría de mis pacientes que se han sometido a ella se sienten muy felices con los resultados. La doctora Janet Hurley, de Calgary (Alberta), médica de cabecera y partidaria de amamantar a los hijos, me contó que, según su experiencia, la mujeres suelen poder amamantar bien a sus bebés después de una mamoplastia reductora siempre que se sientan a gusto con su decisión de amamantar y no tengan dificultades para apreciar la función normal de sus pechos.

Las mujeres han tenido toda una gama de experiencias con la cirugía plástica de mama. Esta cirugía, como la de cualquier otra parte del cuerpo, no es ni correcta ni incorrecta; su demanda simplemente refleja los valores de nuestra cultura. Los cambios que efectúa pueden ser muy gratificantes, pero, como dice con tanto

acierto Naomi Wolf en *The Beauty Myth** estos no son una panacea. La cirugía no sana la vida de la mujer ni su relación con su cuerpo. El factor más importante en un buen resultado, aparte de un cirujano experto, es el contexto en el que se hace la operación y las expectativas que tiene la mujer.

El poder de la mente para influir en los pechos

Los estudios de investigación han demostrado que es posible aumentar el tamaño y la firmeza de los pechos mediante la hipnosis y la visualización creativa. En cuatro estudios distintos, se comprobó que la hipnosis no sólo aumentaba el tamaño y la firmeza de los pechos de las mujeres que siguieron durante doce semanas el tratamiento, sino que además a algunas les redujo la cintura e incluso el peso. En un estudio se pidió a las voluntarias que sintieran el calor de una toalla en los pechos, o que simplemente tuvieran una sensación de calor en los pechos. Después se les pidió que sintieran el pulso en los pechos y se fundieran con los latidos de su corazón para que la energía del corazón entrara en sus pechos. Se les enseñó a hacer esa visualización para practicarla en casa una vez al día durante doce semanas. Al final de ese periodo, el 85 por ciento de las mujeres habían experimentado un agrandamiento mensurable de los pechos (un promedio de 3,5 cm). En este estudio, las mujeres que eran buenas para hacer visualización obtuvieron mejores resultados, pero incluso las que no eran buenas también obtuvieron resultados. Al inicio del estudio no importaba de qué tamaño fueran los pechos de las mujeres; la técnica también dio resultado en mujeres mayores de 50 años.

En otro estudio, a un grupo de mujeres, a las que se les indujo un trance leve, se les pidió que retrocedieran en el tiempo a una edad entre los 10 y los 12 años, cuando normalmente comienzan a crecer los pechos. Entre las sugestiones para este grupo estaban sensaciones de hinchazón, ***de*** tirantez de la piel sobre el pecho y una leve sensibilidad. Durante las sesiones se les pedía que se pusieran las manos en los pechos, y mediante sugestión se les hacía sentir que los pechos les empujaban las manos a medida que iban creciendo. Normalmente se podía observar que las manos se separaban unos cuantos centímetros de los pechos mientras se hacían las sugestiones. El tercer componente del tratamiento consistía en decirle a cada una que habían pasado dos o tres años. Se le pedía que se imaginara después de una ducha, desnuda delante del espejo del baño. Debían examinarse la apariencia y observar los pechos más grandes y atractivos resultantes de las sugestiones poshipnóticas. Los autores de este y otros estudios sugieren que el motivo de que los pechos no logren toda su capacidad de crecimiento durante la adolescencia es que la niña recibió ciertos mensajes adversos acerca de su feminidad o sus pechos. En un estudio, los investigadores trabajaron con las participantes para aclarar este tema, pero no siempre con éxito. En el primer estudio, más de la mitad de las mujeres lo abandonaron «por motivos personales»; evidentemente, para algunas retroceder mediante hipnosis a esa época vulnerable suponía un peligro emocional, aunque si la mujer logra superar esa sensación de peligro, existe la posibilidad de que sane emocionalmente (y de que logre el desarrollo completo de sus pechos).

En un tercer estudio, de ocho mujeres de edades comprendidas entre los 21 y los 35 años, en trance hipnótico, todas aumentaron de 2,5 a 5 cm el tamaño de sus pechos, a excepción de una que no quería ser mujer y deseaba haber sido hombre. El mayor aumento de tamaño lo consiguió la mujer mayor del grupo, que estaba casada.[51]

Es evidente que si las mujeres podemos usar el poder de la intención enfocada y la visualización para cambiar el tamaño y la consistencia de los pechos, también tenemos el poder de hacer que nuestros pechos estén sanos y de mantenerlos así imaginándolos sanos y hermosos. Si nuestro cuerpo no es otra cosa que un campo de ideas, procuremos que esas ideas representen lo que más nos conviene.

El cuidado de los pechos

Respetar esa parte del cuerpo

Nuestra tarea como mujeres es aprender, minuto a minuto, a respetarnos a nosotras mismas y respetar nuestro cuerpo, ya sea que tengamos pechos pequeños o pechos grandes, nos hayamos hecho un implante o sometido a una mastectomía. Cuando valoremos nuestros pechos como fuentes de sustento para los bebés y fuentes de placer para nosotras, seguro que nuestra relación con ellos va a mejorar.

Cuando te examines los pechos cada mes, hazlo con respeto y cariño. Agradece a tus mamas, a tu torso y a la zona del corazón que formen parte de tu cuerpo. Pídeles a tus pechos que te perdonen si continuamente les has enviado mensajes de que son demasiado grandes, demasiado pequeños, demasiado caídos o demasiado desiguales. Comprométete a respetarlos y aceptarlos como partes valiosas de tu

* Hay traducción al castellano: *El mito de la belleza,* Emecé, Barcelona, 1991. *(N. del E.)*

cuerpo. Si al cabo de una semana más o menos continúas encontrándolos feos, respétalos de todas maneras, como un acto de coraje. Finalmente se ablandará tu actitud. Recuerda que los pensamientos y los sentimientos tienen efectos físicos.

Ábrete para recibir ayuda de ti misma y de los demás. Cuando te ocurra algo que te cause pena, resentimiento o dolor, date permiso para quitarte del pecho esos sentimientos sintiendo plenamente tus emociones, desahogándote totalmente, «desembuchándolas», y después dejándolas marchar de modo que el pecho quede libre para «apechugar» con todo.

La doctora Barbara Joseph, tocóloga y ginecóloga a la que le diagnosticaron un cáncer de mama cuando estaba amamantando a su tercer hijo, escribió la siguiente lista de cosas que hacer durante su proceso de sanación. Va igualmente bien para prevenir.

- Ser amable conmigo misma.
- Amarme.
- Ser bondadosa conmigo misma.
- Cuidarme.
- Pedir lo que necesito.
- Decir no cuando no quiero hacer algo.

A esta lista yo añadiría: nutrirme bien; disfrutar comiendo diariamente deliciosos alimentos completos y de buena calidad.

Si has tenido cáncer de mama

Si te han hecho una mastectomía, te irá bien tocarte la cicatriz con respeto y reverencia, en reconocimiento a tu sacrificio. A una comadrona de 38 años que conocí en un congreso, le habían extirpado un pecho a los 21 años. Me contó que al mirar hacia atrás, se daba cuenta de que siempre había sentido un profundo rechazo por sus pechos porque desde que nació le habían transmitido el mensaje de que debería haber sido un chico. Atribuía su cáncer de mama a su negatividad crónica respecto al hecho de ser mujer. Ahora, pasados más de 20 años desde la mastectomía, decidió quitarse la prótesis. Me explicó que la mama «falsa» constituía un obstáculo entre su pecho, su corazón y la energía amorosa que necesitaba sentir esa parte de su cuerpo. Me contó que ahora, cuando alguien la abraza, todo su pecho recibe también esa energía amorosa.

La reconstrucción de la mama después de una mastectomía puede ser una bendición. Si ésa es tu verdad, dedica algunos momentos con regularidad a valorar el trabajo del cirujano, combinado con el poder sanador de tu cuerpo.

Reconoce que tu cuerpo sabe la manera de sanarse y de mantenerse sano, al margen de lo que tú seas o pienses ahora. Busca apoyo entre las mujeres que han pasado por esta experiencia y la han transformado. Un buen libro para empezar es el de la doctora Barbara Joseph titulado *My Healingfrom Breast Cáncer* (Keats, 1996).

Brenda Michaels, de la que ya he hablado, me contó que cuando le diagnosticaron la tercera recurrencia del cáncer, no se le ocurrió la idea de «combatirlo»; se imaginó que su cuerpo había creado el cáncer por algún motivo y que era capaz de sanarlo. Así pues, le preguntó a su cáncer qué necesitaba de ella; la respuesta fue: amor. Al principio temió que si le daba amor, el cáncer crecería. Pero después, al pensarlo más, comprendió que el amor no haría crecer el cáncer, sino que ayudaría a su cuerpo a transformar cualquier anormalidad. A medida que fue dando más y más amor y aprecio a sí misma y a los demás para que hicieran su magia en su vida, su cáncer y su vida se transformaron. El de Brenda no es un caso aislado. Estudios de mujeres que tenían recurrencia de su cáncer de mama demostraron que aquellas que expresaban más alegría tendían a vivir más tiempo que las que no lo hacían. Este descubrimiento fue muy significativo estadísticamente.[52]

Hazte las siguientes preguntas: ¿a qué aspectos de mi vida les iría bien más aprecio y valoración? ¿A qué aspecto de mí misma le iría bien más aprecio y valoración? ¿Cuáles de mis relaciones me sustentan totalmente? ¿Cuáles no? Dedica cinco minutos cada día a apreciar y agradecer algún aspecto de tu vida, por pequeño que sea. Aquello a lo que prestamos atención se expande.

Dedica quince segundos cinco veces al día a pensar en alguien o algo (un animalito doméstico o un niño pequeño) al que amas incondicionalmente. Ponte la mano sobre la zona del corazón cuando lo hagas. Con práctica, podrás sentir una agradable sensación de calor, de hormigueo, en el pecho cuando lo hagas. Esta es la energía que sana el corazón y los pechos.

11
Nuestra fertilidad

Una mujer fértil y sexualmente activa que no use ningún método anticonceptivo tendría un promedio de 14 partos o 31 abortos durante su vida reproductiva: en conjunto, un increíble trastorno en esta época de esperada independencia e igualdad para las mujeres.

DRA. LUELLA KLEIN, ex presidenta
del Colegio de Obstetricia y Ginecología
de Estados Unidos, 1984

Una visión más amplia de la fertilidad es aquella que no está determinada únicamente por si se tiene o no un hijo biológico. La fertilidad es una relación de toda la vida con una misma, no una circunstancia médica.

JOAN BORYSENKO

Idealmente, la vida prenatal cerca del corazón de la madre es una bendición para el ser aún no nacido. Es necesario que las mujeres elijan vivir sabiamente sus embarazos, porque el modo como los viven afecta tanto a ellas como a sus hijos. Todo bebé recuerda su vida, todas las partes de su vida, y sus experiencias tienen un enorme efecto en ellos.

Todos conservamos impresa toda nuestra vida dentro de las células. Si durante esos vulnerables nueve primeros meses, la madre no es asequible emocionalmente para su bebé, por el motivo que sea, el bebé lo percibe y suele reprocharlo. Los recuerdos prenatales y del nacimiento, y su posible efecto en el bebé no nacido, son uno de los muchos motivos por los cuales las mujeres deben aprender a organizar bien su fertilidad y aprender a concebir conscientemente. Las mujeres debemos convertirnos en recipientes conscientes.

Muchas mujeres me han dicho que sabían que sus padres no las deseaban, y que eso lo habían sentido toda su vida. «Sé que fui concebida durante el periodo de aflicción de mi madre por un hijo que murió nueve meses antes —me dijo una mujer—. Recuerdo haber aceptado esto cuando estaba en el útero. Juré tratar de compensárselo. He vivido sesenta y cuatro años tratando de hacer eso. Y nunca ha dado resultado.» Otra mujer, Beverly, que está en la menopausia, me contó que su madre fue a verla el día en que cumplía 50 años, con globos y una rosa, y le dijo: «Tienes cincuenta años. De ahora en adelante tu vida irá cuesta abajo. Ya no eres una niña». Le explicó lo mucho que había sufrido al darla a luz y añadió que al nacer había sido una niña muy fea. En cambio, se deshizo en alabanzas a su hijo, hermano de Beverly, diciendo que el parto había sido prácticamente sin dolor y que él había sido un niño precioso desde el momento de nacer. Al escuchar a su madre, Beverly pensó que en cierto modo perverso había recibido un verdadero regalo al cumplir los 50; su madre le confirmó lo que siempre había pensado: que había sido rechazada desde el momento de nacer.

Las personas concebidas y nacidas sin ser deseadas pueden sentir una depresión existencial. Una mujer me contó que sentía vergüenza de respirar y de ocupar espacio; tenía la sensación de estar siempre fuera de lugar, de causar dolor a otra persona simplemente por estar ahí. Esto lo sentía desde que tenía recuerdos. Sabía que no había sido deseada.

Otra mujer, una médica algo mayor de 50 años, me contó que hacía poco había estado en una sesión de sanación emocional en la que había comprendido que jamás se sintió segura en el vientre de su madre, que sabía que no había sido deseada. Toda su vida había tratado de compensar eso estudiando, convirtiéndose en médica y teniendo una serie de relaciones. Pero nada de eso logró jamás llenar una necesidad que llevaba dentro desde que nació: la necesidad de ser amada y deseada cuando era pequeña. «Los latidos del corazón de mi madre, tan cerca del mío, no eran consoladores ni tranquilizadores para mí», recuerda. Aunque ahora su madre está muerta, ha pasado por el proceso de perdonarla. Llorando me dijo: «Ahora finalmente echo de

menos a la madre que nunca tuve. Comprendo que ella lo hacía lo mejor que sabía hacer. Jamás tuvo una oportunidad para sí misma».

El aborto

Para muchas mujeres, el aborto es un «asunto inconcluso» y como tal se merece un análisis completo. Si viviéramos en una cultura que valorara la autonomía de la mujer, en la cual hombres y mujeres practicaran un control de la natalidad cooperativo, el tema del aborto sería discutible. Si a las mujeres occidentales se las obligara a abortar, como se hace actualmente en China, el aborto tendría aquí un sentido diferente del que tiene ahora.[1]

El aborto pone fin deliberadamente a una vida en potencia. Pero no permitir el aborto mata en potencia dos vidas. El vínculo entre madre e hijo es el más íntimo de toda experiencia humana. En esta relación humana, la más primaria de todas, debe haber amor, una buena acogida y receptividad en abundancia. Obligar a una mujer a parir y criar un hijo en contra de su voluntad es por lo tanto un acto de violencia. Constriñe y degrada el vínculo madre-hijo y siembra las semillas del odio, no las del amor. ¿Puede haber una peor entrada en el Universo que obligar a un niño a habitar en un cuerpo que le es hostil? Una vida es demasiado valiosa para inhibir su pleno desarrollo y sus posibilidades obligando a una mujer a parirla en contra de su voluntad. Sabemos que los primeros años de vida de criminales y delincuentes suelen estar plagados de pobreza y desesperación, por lo cual incluso podría ser peligroso traer al mundo a un ser que no es deseado. En el horizonte se ve el espectro de más y más mujeres atrapadas en embarazos no deseados mientras la capacidad reproductora de la mujer sea tratada como un asunto político.

Todo el mundo sabe esto en mayor o menor grado, incluso aquellos que públicamente niegan a la mujer el derecho a controlar su propia fertilidad. Cuando estaba haciendo mis prácticas como residente en Boston, no era infrecuente que viniera a verme una chica católica embarazada a la que llevaban sus padres. Estos me decían: «No somos partidarios del aborto, pero si nuestra hija tiene este hijo, arruinará su vida. ¿Puede hacer algo usted?».

Una cosa que he aprendido a lo largo de los años es que no existe eso que se llama «libertad sexual». Creo que por eso siempre me ha desagradado la expresión «aborto a petición de la interesada». Habiendo trabajado años en el ámbito de la reproducción de la mujer, veo que el actual debate sobre el aborto es un síntoma del problema mucho más profundo del que he hablado en los primeros capítulos: mientras las mujeres continúen entendiendo mal la manera de satisfacer sus necesidades eróticas, mientras continúen sacrificando su cuerpo por el placer sexual de los hombres, no iremos a ninguna parte. Y mientras el aborto sea considerado únicamente un «problema de la mujer», tampoco.

Realicé abortos durante muchos años, y siempre seré una defensora del derecho de la mujer a elegir sobre su reproducción. Pero he llegado a comprender lo complejo que es el tema del aborto y que no hay respuestas fáciles.

El aborto siempre es un tema espinoso, porque obliga a cada mujer a afrontar sus más profundos sentimientos acerca de la capacidad de los hombres de fecundar a las mujeres y de la capacidad de las mujeres de retener o rechazar el resultado de esa fecundación. El aborto golpea en el corazón de las creencias de la sociedad acerca del papel de las mujeres. ¿Está a favor la sociedad de la participación plena de la mujer en la economía? ¿Cuál es el papel que nos corresponde desempeñar en el hogar y en la sociedad? «El aborto ilustra el control político de lo personal y lo psicológico —escribe la historiadora Carroll Smith-Rosenberg—. Tiende un puente entre lo intensamente individual y lo ampliamente político. En todos los planos, hablar de aborto es hablar de poder.»[2]

Cuando practicaba abortos, siempre me sentía como si estuviera sentada en medio de un campo minado. A veces me enfurecía cuando hacía abortar por cuarta vez a una mujer que sencillamente no usaba ningún método anticonceptivo. Otras veces practicaba abortos a mujeres que en realidad no lo deseaban pero pensaban que no tenían otra alternativa.

La expresión «aborto a petición de la interesada» supone que la mujer no tiene por qué responsabilizarse de su comportamiento sexual ni de sus consecuencias. Supone que está bien tener relaciones sexuales con quienquiera que se desee, cuando se desee y sin tener que afrontar las consecuencias, tal y como lo han hecho los hombres durante siglos. Muchas mujeres que se han hecho repetidos abortos me han dicho que después han llegado a comprender que sus relaciones sexuales con los hombres eran una forma de abuso contra sí mismas, el resultado del odio contra sí mismas y de su poca autoestima. La expresión «aborto a petición de la interesada» supone que las relaciones sexuales en cierto modo pueden y deben separarse de los demás aspectos de nuestra vida, como el de la necesidad de ser amadas, abrazadas o respetadas. Supone que la misma

conducta que encontramos repugnante en los hombres (tener relaciones sexuales sin preocuparse por sus consecuencias) está bien para las mujeres. ¿Por qué desean las mujeres imitar a (algunos) hombres en el terreno sexual? Deberíamos resistirnos a cualquier contacto sexual con hombres que no respetan también nuestra alma y nuestro yo más íntimo.[3] A la entrada en el siglo XXI, las mujeres van a tener que reflexionar sobre su programación sexual. Pero primero hemos de tener claro cuál es esa programación.

Cuando una mujer decide hacerse un aborto, en nombre de sí misma y de su propia vida, nada contra una corriente de cinco mil años de condicionamiento, de ideas y programas sociales propugnados por iglesias y otras instituciones dominadas por hombres, que dicen que la principal finalidad de la mujer es tener hijos y servir a sus hijos y a su marido. Permitir que las mujeres elijan el rumbo de su vida va muy en contra de una idea muy antigua y arraigada.

Durante los veinte últimos años, cuando el número de mujeres que luchan contra esa idea ha aumentado enormemente, las fuerzas políticas y sociales que desean «mantenernos en nuestro lugar» han elevado sus voces y se han hecho más destructivas. Un siglo y medio de retórica destinada a hacer que las mujeres nos sintamos culpables y avergonzadas con respecto al aborto y el hecho de preferir el autodesarrollo por encima de la maternidad hace poco sorprendente que el aborto no sea un tema fácil sobre el cual las mujeres podamos hablar libremente. Sin embargo, si todas las mujeres que se han hecho un aborto, o aunque fuera la tercera parte de ellas, estuvieran dispuestas a hablar de su experiencia, no con vergüenza sino con sinceridad respecto a lo que eran entonces, lo que sabían, lo que han aprendido y lo que son y saben ahora, todo este asunto sanaría con mucha mayor rapidez.

Desde la primera edición de este libro me han escrito muchas mujeres para agradecerme que haya tratado este tema. Y me han escrito diciendo cómo su buena disposición a decir la verdad sobre su experiencia del aborto las ha sanado. Kris Bercov, una terapeuta que ofrece orientación para superar un aborto, ha escrito un conmovedor librito titulado *The Good Mother: An Abortion Parable* [La buena madre: Una parábola sobre el aborto].[4] Cuando me envió un ejemplar me escribió: «La experiencia del aborto tiene una enorme capacidad para herir o sanar, depende de cómo se lleve e interprete. Como bien sabes, son muchísimas las mujeres que pasan por esta experiencia inconscientemente, dejando a su Cuerpo la difícil (y a veces peligrosa) tarea de comunicar sus sentimientos no resueltos». Este libro de Kris es específicamente revolucionario porque ayuda a las mujeres a buscar a tientas su camino a través de la experiencia, y así sanarla. Se ha usado eficazmente en varias clínicas de abortos. (Véase la nota 4 para información sobre cómo adquirió.)

El clima cultural de cualquier época histórica puede tener profundos efectos sobre el bienestar emocional y físico en general de las personas de esa época. Se calcula que en la década de 1840 la mitad de todos los embarazos acababan en aborto.[5] Actualmente, a medida que aumenta el poder de las mujeres, también aumenta la retórica antiabortista. Aunque a ninguna cultura le ha sido desconocido el aborto, las investigaciones de Carroll Smith-Rosenberg documentan que este se convierte en un problema político solamente cuando hay «alteraciones importantes en el equilibrio de poder entre hombres y mujeres, y en el de los hombres como cabeza de familia sobre sus tradicionales dependientes».[6] Durante estos periodos, estos cambios se reflejan en leyes concernientes al derecho de las mujeres a controlar su fertilidad.

Sanar los traumas posteriores al aborto

Los aspectos técnicos de los diversos tipos de aborto son muy sencillos y normalmente no causan ningún problema físico, aunque siempre es una conmoción para el cuerpo que el proceso de gestación sea interrumpido bruscamente por una intervención externa. De todos los estudios realizados hasta el momento sobre las consecuencias a largo plazo del aborto, sea por legrado o por succión, ninguno ha demostrado un aumento de la infecundidad ni otros problemas. El fármaco antiprogesterona mifepristona (antes llamado RU486), la última píldora para la mañana siguiente, presenta incluso menos riesgos. Cuando se emplea junto con misoprostol, una prostaglandina, es eficaz en un 95,5 por ciento, y puede ser administrado confidencialmente en la consulta del médico. Este fármaco bloquea la acción de la progesterona y suele utilizarse dentro de los cincuenta días posteriores a la última menstruación de la mujer. Fue aprobado por la FDA, y en la actualidad se está experimentando en pruebas clínicas en Estados Unidos.

Sin embargo, con décadas de culpabilidad y vergüenza como telón de fondo emocional, muchas mujeres jamás procesan bien los aspectos emocionales del aborto. Muchas no le han contado nunca a nadie que se han hecho uno. No es infrecuente que una mujer me pida que no le diga nada a su marido sobre los abortos

que tuvo antes de su relación con él porque no quiere que sepa nada de su historia sexual. A lo largo de los años he oído muchas historias sobre abortos ilegales, algunas dolorosas, y otras bastante sanadores. Varias mujeres de más de sesenta años, por ejemplo, me han contado que el hombre que les practicó el aborto las violó antes de la operación. «Sólo lo hago para relajarte», fue su explicación. Dado que estaban tan asustadas y dependían tanto de sus servicios, simplemente pasaron por la humillación y lo tuvieron callado durante décadas. Otra mujer que se hizo un aborto ilegal me dijo que siempre le estaría agradecida al hombre maravilloso que le hizo la operación. Piensa que su suavidad para hacerlo y su pericia médica eran como un regalo para las muchas infortunadas mujeres como ella en una época en que no había elección. Ojalá nunca volvamos a vivir una época así.

Los resultados físicos de la vergüenza y los remordimientos de la mujer respecto al aborto pueden quedar en sus tejidos celulares durante años. Este es uno de los motivos de que pareciera creíble la supuesta relación entre el aborto y el cáncer de mama, cuando apareció el informe; sin embargo, en un estudio realizado en 1996 no se encontró nada que respaldara esta relación.[7] El dolor emocional no resuelto se convierte en físico y predispone a problemas ginecológicos posteriores, como los miofibromas o el dolor pelviano. Tengamos presente que es el sentido que rodea un acontecimiento o una operación lo que le da su carga emocional y la posibilidad de hacer daño o sanar, no necesariamente la operación en sí. A pesar de que el aborto no presenta riesgos, yo creo que repetidos abortos debilitan el *hara* o centro energético corporal de la mujer.

Los abortos más difíciles que me ha tocado hacer han sido en mujeres que ya tenían uno o dos hijos, y disponían de una buena casa y recursos, pero encontraban inconveniente el embarazo en esos momentos. A una de esas mujeres, cuyo marido no deseaba el embarazo, le dije que tal vez después lo lamentaría, ya que ciertamente deseaba tener ese hijo y sólo se iba a hacer el aborto para mantener la paz con su marido. Me aseguró que había tomado una firme decisión, que ya había acabado con los asientos especiales para bebés en el coche y con los pañales, y que deseaba continuar con su vida. Así pues, le hice el aborto. Exactamente una semana después estaba de vuelta en mi consulta llorando: «¿Por qué no me dijo lo mal que me iba a sentir? ¿Por qué no me convenció de que no lo hiciera?». Decidió que deseaba quedarse embarazada lo más pronto posible para aliviar esa «sensación de pérdida».

Una y otra vez las mujeres se hacen abortos que no desean porque los hombres con quienes viven insisten en ello. En esas circunstancias, el aborto es una traición a sí mismas, incluso una violación de sí mismas. Puede envenenar la relación a menos que el problema se hable libremente y con sinceridad.

Una paciente mía, de más de 50 años, comenzó a tener pérdidas de sangre continuas y una anormalidad en el útero llamada «hiperplasia quística y adenomatosa del endometrio», acompañada de dolor pelviano (véase el capítulo 5). Ella piensa que este problema se desencadenó cuando vio a su hija dar a luz a una niña. Esta experiencia le causó una enorme rabia contra su marido y una profunda tristeza, emociones que no lograba entender intelectualmente. Más adelante, después de permitirse sentir plenamente esos sentimientos, comprendió que todavía tenía problemas no resueltos a causa de un aborto que se había hecho hacía unos años, un aborto que no deseaba. Su marido no había estado de acuerdo con ese embarazo y ella se había hecho el aborto. Ahora está en el proceso de sanar tardíamente de ello.

A mediados de los ochenta dejé de practicar abortos. Estaba harta de perder el tiempo en la ambivalencia de las mujeres respecto a su fertilidad; estaba cansada de hacer repetidos abortos a mujeres que volvían año tras año para la operación. Necesitaba un descanso de este campo por un tiempo y preferí trabajar en otros aspectos del problema, por ejemplo en ayudar a las mujeres a comprender su sexualidad y su necesidad de respeto por sí mismas y autoestima, al margen de que tuvieran o no una relación con un hombre.

Actualmente muchas mujeres sencillamente no están preparadas para asumir el control de su fertilidad y su sexualidad o no son capaces de hacerlo. Todavía estamos evolucionando en este aspecto. El aborto como medio anticonceptivo todavía será necesario en este país durante muchos años, y yo apoyaré su validez. De todos modos, ansio que llegue el día en que el aborto sea una excepción, cuando las mujeres y los hombres en colaboración conciban conscientemente y con intención, y todos los hijos sean deseados, amados y cuidados.

Sanación de abortos pasados: Ideas que considerar

- ¿Fuiste apoyada y orientada? ¿Estabas bien informada?
- ¿Te tomaste uno o dos días de descanso de tu rutina diaria?

- ¿Lo lamentaste y lloraste? ¿Sentiste la necesidad de hacerlo?
- ¿Te sentiste culpable? Si fue así, ¿te sientes culpable todavía?
- ¿Tu educación religiosa reforzaba la idea de que hacerse un aborto y elegir la propia vida era algo malo?
- ¿Puedes perdonarte ahora lo que no sabías entonces?
- ¿Pudiste contar tu experiencia a tu familia o a alguna amiga de confianza? ¿Te apoyaron?
- Si tuvieras que hacerlo de nuevo, ¿lo harías?
- ¿Puedes reformular mentalmente el aborto como un acto de valentía, de recuperación de tu poder?
- Para algunas mujeres la elección de hacerse un aborto es una celebración de su yo. Si este es tu caso, felicidades. Si no, ¿qué aprendiste?

Otra visión del aborto

Supe por primera vez lo de la comunicación con el bebé no nacido por el libro de la doctora Gladys McGarey *Bom to Live* [Nacidos para vivir]. La doctora McGarey escribe acerca de sus experiencias de años de asistir partos, tanto en casa como en el hospital. Su enfoque profundamente espiritual de la medicina *y* la asistencia médica a mujeres ha sido para mí un gran aliento y me ha servido de orientación durante años, sobre todo en lo relativo al asunto del aborto. En el libro relata la siguiente historia:

> Veo que con frecuencia el aborto es algo sensato, comprensible y lo «correcto». Esta nueva luz me llegó con una historia que una de mis pacientes me contó hace algún tiempo. Esta mujer tenía una hija de cuatro años, llamada Dorothy, a la que de vez en cuando llevaba a almorzar fuera. En uno de estos almuerzos estaban hablando de una y otra cosa y la niña saltaba de un tema a otro, cuando de pronto le dijo:
>
> —La última vez que fui una niña pequeña tenía una mamá distinta. Entonces comenzó a hablar en un lenguaje diferente que su madre trató de grabar en su memoria. Pareció que el momento mágico había pasado, pero luego Dorothy continuó:
>
> —Pero esa no fue la última vez. La última vez, cuando yo era de diez centímetros de largo y estaba en tu barriga, papá no estaba dispuesto a casarse contigo todavía, así que me fui. Pero después volví.
>
> Luego, cuenta la madre, la niña siguió hablando de los asuntos característicos de su edad. Ella la escuchaba en silencio. Nadie, aparte de ella misma, su marido y el médico, sabía que se había quedado embarazada dos años antes de que ella y su marido estuvieran preparados para casarse. Entonces decidió hacerse un aborto. Ella estaba dispuesta a tener el bebé, pero su futuro marido no.
>
> Cuando se casaron y estuvieron preparados para tener a su primer hijo, la misma entidad hizo su aparición. Y la pequeña le estaba diciendo en realidad:
>
> —Yo no te guardo ningún rencor por haberte hecho el aborto. Lo comprendí. Sabía por qué lo hacías y eso está bien. Así que aquí estoy de nuevo. Fue una experiencia. Yo aprendí de ella y tú también aprendiste, así que ahora sigamos con nuestra vida.[8]

Mi hermana, madre de tres chicos activos y voluntariosos, se quedó embarazada sin quererlo durante una fase de ovulación de su ciclo menstrual, algo que es muy excepcional. Sabía que no le convenía el embarazo; de hecho, pensaba que era inconveniente en muchos aspectos, de modo que comenzó a trabajar en comunicarse con su bebé no nacido, pidiéndole a su alma que se marchara. Continuó diariamente haciendo este trabajo interior durante dos semanas. Pero siguió embarazada. Finalmente llamó a una clínica de abortos para pedir hora, un paso que había pensado que jamás daría. En cuanto colgó el teléfono, comenzó a sangrar. Más tarde ese mismo día tuvo un aborto espontáneo.

Historias como esta arrojan toda una nueva luz sobre el tema del aborto. Caroline Myss está muy segura de que la energía de los espíritus permanece después de los abortos y que es necesario liberarla totalmente. Muchas culturas antiguas tradicionales reconocen esto también. (Véase en el capítulo 6 la historia de una paciente que fue a ver a un curandero indio para sanar de tres abortos que aún no estaban resueltos emocionalmente.)

En 1985, cuando asistía a una reunión internacional de la Asociación de Psicología Pre y Perinatal, participé en un rito sanador del aborto realizado por Janine Parvati Baker, autora de *Conscious Conception* [Concepción consciente]. Ella había aprendido el rito de una curandera india. Todas las mujeres asistentes a la reunión que se habían hecho abortos y a las que esa experiencia había afectado profundamente se sentaron en un círculo. En ese mismo círculo estaban también dos hombres, uno cuya madre había tratado de abortar sin éxito cuando estaba embarazada de él, y otro que había deseado el hijo que esperaba su esposa, pero esta había abortado. En un círculo exterior a este, nos sentamos todos los que habíamos presenciado o practicado abortos. Nosotros éramos los «ojos» que daban testimonio de los abortos. En este círculo exterior había tam-

bién personas cuyas amigas y otras mujeres a quienes querían se habían hecho abortos. Ellas eran los «oídos» que daban testimonio de los abortos. Durante toda una tarde y hasta bien entrada la noche, hombres y mujeres hablaron, y liberaron años de dolor personal no expresado sobre el aborto. Baker, representando un conducto entre los mundos, ayudó a liberar la energía de los espíritus abortados. Para muchas personas ese fue un paso hacia la sanación.

La situación de cada mujer es única respecto a si quedarse embarazada o continuar con un embarazo, y nadie fuera de esa mujer puede ni debe decidir. Sea cual sea la decisión, sin embargo, habrá consecuencias. Lo importante es que cada mujer tenga claro que tiene una opción.

Anticoncepción de urgencia: Prevención del aborto

Aunque la anticoncepción de urgencia ha existido desde hace veinte años y su uso está muy extendido en Europa, en Estados Unidos se ha llamado «el secreto anticonceptivo mejor guardado». Esto se debe a que muy pocas mujeres saben preguntar acerca de esta anticoncepción y muy pocos médicos la prescriben. Su uso se ha reservado en gran parte para la víctimas de violación tratadas en centros de salud universitarios y salas de urgencias. En una conferencia de prensa sobre el tema, la doctora Luella Klein, ex presidenta del Colegio de Tocólogos y Ginecólocos de Estados Unidos, dijo que este método podría reducir en un 50 por ciento los abortos en este país. En 1996, el Reproductive Health Technologies Project [Proyecto de Tecnologías para la Salud Reproductora] estableció un servicio telefónico para dar a conocer más ampliamente y ofrecer este método, y los centros de planificación familiar del país también lo están dando a conocer.

Durante años he recetado este método sin ninguna dificultad y lo recomiendo encarecidamente cuando es necesario. Tiene alrededor de un 75 por ciento de efectividad en evitar embarazos no deseados y se puede tomar hasta 72 horas después de un coito sin protección. No es un aborto, y no acabará con un embarazo ya establecido.

El método consiste en tomar dos dosis elevadas de las hormonas que se encuentran en las píldoras anticonceptivas corrientes. Ocho de las marcas de píldoras anticonceptivas que hay actualmente en el mercado se pueden usar para esta finalidad. En el caso del Ovral, por ejemplo, el método es tomar 2 píldoras blancas seguidas por otras 2 píldoras blancas doce horas después. Entre los efectos secundarios están las náuseas, que sufren de un 30 a un 66 por ciento de las pacientes. Para contrarrestarlas, el médico puede recetar un fármaco antináuseas, que se deberá tomar una hora antes de cada dosis de píldoras. A la gran mayoría de las mujeres Ies viene la menstruación 21 días después del tratamiento. A las mujeres que no pueden tomar estrógeno, el médico puede recetarles un anticonceptivo que sólo contenga progestina (este debe tomarse antes de que hayan pasado 48 horas de la relación sexual). Hacerse insertar un DIU también previene el embarazo; esto sólo lo recomiendo para aquellas mujeres que tienen poco riesgo de enfermedades de transmisión sexual, mantienen una relación monógama y desean continuar con este método anticonceptivo.

Tomar el asunto en nuestras manos

Siempre he pensado que las mujeres de la antigüedad debían de conocer la manera de controlar su *fertilidad mediante métodos* que se han perdido en las nieblas del tiempo. En la medicina china hay 24 puntos de acupuntura o digitopresión que se llaman Puntos Prohibidos. Cuando Jeanne Blum, una sanadora holista que utiliza la digitopresión, comenzó a investigar estos puntos, descubrió que se los llamaba «prohibidos» precisamente debido a su capacidad para poner fin a un embarazo. Pero además descubrió que, si aprendían cuáles eran esos puntos y cómo estimularlos manualmente en el momento oportuno, las mujeres podían controlar también sus ciclos a voluntad. Así pues, el sistema de los Puntos Prohibidos puede, con la práctica, emplearse como una forma de control de la natalidad o para acabar con un embarazo en su primera fase. Aunque no hay, que yo sepa, estudios de investigación que documenten el uso de estos puntos de esta manera, el continuado trabajo de Blum con muchas dientas y las experiencias de mujeres que han puesto en práctica lo que dice en su libro son testimonio de la efectividad de este sistema si se usa correctamente. Los puntos y las instrucciones completas de este sistema para utilizarlo bien, se encuentran en su libro *Woman Heal Tkyself: An Ancient Healing System for Contemporary Women* (Charles Tuttle, 1995). Estos mismos puntos se pueden estimular para aliviar y sanar el síndrome premenstrual, la endometriosis, la dismenorrea y otros problemas menstruales.

Concepción y anticoncepción conscientes

Si las mujeres deseamos mejorar nuestra posición personal y profesional ***en*** el mundo, no tenemos otra opción que responsabilizarnos de nuestras creaciones y recuperar nuestro poder. Esto es particularmente cierto cuando se trata de tener hijos. Las mujeres hemos llegado a un momento de nuestra historia planetaria en que debemos aprender a procrear a partir de nuestra elección consciente, no simplemente para llenar un vacío interior ni para retener a un hombre. Estos motivos para quedarse embarazadas son restos de una programación tribal inconsciente que ya no nos beneficia. Janine Parvati Baker se describe a sí misma como partidaria de la elección y de la vida. A sus 17 años tomó la decisión de que estaba preparada para ser sexualmente activa. También juró que jamás haría el amor con un hombre de quien no estuviera dispuesta a parir un hijo si se quedaba embarazada sin darse cuenta. Dice que tardó tres años en encontrar a ese hombre. Ahora bien, eso es un ejemplo de asumir la responsabilidad de lo que creamos. La historia de Janine Parvati Baker, como las de las mujeres parturientas del capítulo 12, constituye una guía sobre cómo podrían ser las mujeres si amaran y valoraran su cuerpo y su capacidad creadora.

A mis pacientes que desean quedarse embarazadas les recomiendo que dediquen un tiempo a meditar y orar junto con su pareja en busca de orientación respecto a la perspectiva de tener un hijo. Las mujeres tibetanas tradicionales siempre dedican un tiempo a la oración y la meditación antes de concebir. Esto se puede hacer incluso en el caso de considerar la posibilidad de hacerlo por inseminación artificial. Lo importante es que la mujer vea su cuerpo como un canal para un nuevo espíritu y se rinda a la experiencia, que esté abierta a lo que esta tiene para enseñarle.

Todos los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad tienen su lugar: píldoras, dispositivos intrauterinos, diafragmas y el resto (véase el cuadro 6). Desgraciadamente, muchos médicos no presentan con objetividad los métodos de control de la natalidad. Cuando estaba en la Facultad de Medicina y durante mis prácticas como residente, existía la tendencia a imponer los anticonceptivos orales como el método óptimo, y a minimizar la fiabilidad del diafragma y los preservativos. Esto no ha cambiado en más de veinte años, lo cual no es de extrañar, dada nuestra actitud cultural hacia el control del cuerpo femenino. La píldora es fácil de recetar, fácil de tomar, muy fiable y muy cómoda. Podemos usarla para manipular nuestros ciclos menstruales, y evitar las reglas totalmente o los fines de semana. En resumen, va muy bien con nuestro ideal cultural. La píldora anticonceptiva es el medicamento que más se ha estudiado en la historia.

La mayoría de los otros métodos precisan más educación acerca del cuerpo y una participación más activa de lo que exige la píldora. Esos métodos no convienen a la agenda normal de un médico muy ocupado. Muchos médicos piensan que las mujeres no quieren usar los métodos barrera como el diafragma, los preservativos, las esponjas vaginales y la espuma anticonceptiva porque han visto demasiados «fracasos». (Advertencia: la esponja vaginal ya no está en el mercado debido a problemas de control de calidad; volverá a producirse sólo si se hace cargo otro fabricante.) Esto es cierto de algunas mujeres pero no de todas. Los informes demuestran que en las mujeres que son usuarias ideales (que usan el método correctamente cada vez), los métodos barrera, e incluso el de «percepción de la fertilidad» (planificación familiar natural) puede ser eficaz en un 95 a 98 por ciento.[9]

Es importante distinguir entre el fracaso del método de control propiamente dicho y el fracaso de la mujer en usarlo correctamente. Muchas mujeres están socialmente condicionadas a estar disponibles para el acto sexual sin involucrar a su pareja en la responsabilidad de la anticoncepción. Muchas mujeres están relacionadas con hombres que no colaboran en la anticoncepción y que piensan que eso es responsabilidad de la mujer. Aunque me gustaría decir que no vale la pena tener relaciones sexuales con esos hombres, sé que eso no siempre es posible, sobre todo en las situaciones tan corrientes en que hay problemas de violencia doméstica. Evidentemente, para las mujeres que están en esta situación es mejor usar un método anticonceptivos que no requiera la colaboración masculina. Entre estos métodos están las píldoras, el DIU, el Norplant, el Depo-Provera, la ligadura de trompas y el preservativo femenino. Los métodos que requieren una participación consciente de la pareja, como los preservativos, sencillamente no son apropiados para estas mujeres. De hecho, cuando el Departamento de Salud Pública de Filadelfia ofreció un surtido de métodos anticonceptivos a un grupo de mujeres de ingresos bajos, la mayoría eligieron el preservativo femenino porque este método les daba más control sobre el riesgo de embarazo e infección a que habrían estado expuestas de no usarlo.

Para elegir el método de control de natalidad apropiado, es necesario decidir sinceramente en qué lugar está una en su propia vida, y cuánta responsabilidad está dispuesta a asumir en su fertilidad. Algunas mujeres ni siquiera quieren pensar en llegar a conocer sus fases de ovulación ni observar su mucosidad cervical, y mucho menos están dispuestas a insertarse un diafragma antes de cada acto sexual. Eso es válido, y con frecuencia les va bien con la píldora u otro método «automático». Otras mujeres prefieren métodos barrera,

como el diafragma, y yo recomiendo esos métodos también, pero sólo a aquellas mujeres que se comprometen a usarlos conscientemente. He trabajado repetidamente con mujeres que se han hecho tres o cuatro abortos a causa de fallos al usar anticonceptivos «naturales»; la píldora habría sido mejor elección para esas mujeres, dado su comportamiento sexual. Pero ellas se niegan a poner nada «antinatural» en su cuerpo. Yo les digo que no hay nada natural en el aborto, cuando la mujer no usa conscientemente su método anticonceptivo «natural». Estas mujeres, si bien son conscientes respecto a los alimentos y al medioambiente, suelen sufrir de la división entre la mente y el cuerpo que todos hemos heredado: piensan que estar disponible sexualmente sin pedir a su pareja que comparta la responsabilidad forma parte del hecho de ser una mujer deseable.

Dispositivo intrauterino (diu)

El dispositivo intrauterino es una buena elección para algunas mujeres, aunque podría suponer un mayor riesgo de infección pelviana. He trabajado con mujeres a las que les ha ido muy bien con el DIU durante veinte años. El DIU está asociado a un mayor riesgo de embarazo tubárico [desarrollo del óvulo fertilizado en una trompa de Falopio]. Este dispositivo va mejor en mujeres que ya han tenido un hijo. En algunas mujeres también está relacionado con más dolores y hemorragias.

Cuando era alumna de medicina observé que las mujeres que usaban el DIU parecían tener más infecciones. Los fabricantes de estos dispositivos y muchos médicos negaron el problema durante un tiempo. En esa época el protector Dalkon [primera versión del DIU] se consideraba el anticonceptivo ideal para las mujeres jóvenes que no tenían hijos. Los resultados fueron aniquiladores para las muchas mujeres que probaron este producto y fueron víctimas de sus efectos secundarios. El protector Dalkon se ha retirado del mercado.

Anticonceptivos orales

Los anticonceptivos orales han sido un beneficio para muchas mujeres, aunque en algunas podrían contribuir a una nutrición deficiente (la píldora se ha asociado a niveles bajos de vitamina B en la sangre y a otros cambios metabólicos).[10] En general, los beneficios de la píldora superan sus riesgos en la gran mayoría de mujeres. Las que toman la píldora deberían tomar también un buen suplemento de vitaminas y minerales que contenga las vitaminas del complejo B. La mayoría de mujeres que tienen graves problemas con la píldora son fumadoras; las fumadoras no deberían tomar la píldora pasados los 35 años. Actualmente se usan anticonceptivos orales hasta la menopausia, en cuyo momento las mujeres comienzan la terapia hormonal sustitutiva. Estas mujeres usan métodos anticonceptivos químicos o terapia hormonal sustitutiva la mayor parte de su vida adulta. No estoy totalmente convencida de que los beneficios superen los posibles riesgos para la salud, pero muchas mujeres sí están convencidas, y a veces es correcto para ellas y para el lugar en que están en su vida. Sin embargo, cuando la mujer toma hormonas de esta forma, pierde los mensajes que recibiría normalmente de su útero y sus ovarios (como dije en los capítulos 6 y 7).

Anticonceptivos con base de progestina

El Norplant y el Depo-Provera se hacen con progestinas sintéticas. Son métodos relativamente nuevos. El Norplant es un conjunto de cápsulas que se insertan bajo la piel del brazo con anestesia local. Deben sacarse y reemplazarse cada cinco años. El Depo-Provera se administra con una inyección cada doce semanas. Las progestinas sintéticas de todo tipo pueden producir dolor de cabeza, hinchazón e irritabilidad a algunas mujeres. Este último efecto es tan común que un profesor de ginecología interesado en las hormonas naturales comentó una vez: «No me extraña que el Depo-Provera vaya tan bien para el control de la natalidad. Pone de tan mal genio a las mujeres que no desean a nadie cerca». Otros problemas de estos métodos son las pérdidas de sangre irregulares y el acné. Por otra parte, son muy eficaces, y «automáticos» en comparación con otros métodos, y dan buenos resultados a algunas mujeres.

Percepción de la fertilidad

A lo largo de los años he trabajado con muchas mujeres que han manejado muy bien su fertilidad con diversos tipos de percepción de la fertilidad. Pero, como la mayoría de ginecólogos y de mujeres, hasta hace muy poco nunca había entendido lo exacta que es y lo bien estudiada que está en realidad la planificación familiar natural.11 Al pensar en ella, la mayoría de las personas creen que equivale al método del ritmo. La percepción de la fertilidad es mucho más exacta que el método del ritmo, que se considera anticuado.12 El

doctor Joseph Stanford, médico de cabecera y experto en planificación familiar natural, define así la percepción o apreciación de la fertilidad: «Valerse de los signos y síntomas fisiológicos del ciclo menstrual para discernir las fases fértiles e infértiles de dicho ciclo. Esta información se puede emplear para la planificación familiar natural o para el diagnóstico y tratamiento de la infecundidad». Este método supone aprender a determinar la fase de ovulación, lo cual se puede hacer de varias formas diferentes: controlando la mucosidad cervical, observando los flujos vaginales de mucosidad cervical o tomando la temperatura corporal basal.[13] El control de la mucosidad cervical combinado con la toma de la temperatura basal y la observación de otros síntomas que se producen alrededor de la fase de ovulación, se llama «método sintotérmico de planificación familiar natural». En muchas farmacias también se venden unos indicadores de ovulación que analizan la orina preovulatoria y posovulatoria, pero es mucho más fácil y barato aprender a determinar la fase de ovulación por los cambios en la mucosidad cervical. Los estudios han comprobado que en algunas mujeres los síntomas que acompañan la ovulación, como la sensibilidad de los pechos, el dolor de mitad de ciclo y el cambio de posición del cuello del útero, no siempre son indicadores precisos de la ovulación.

CUADRO 6
COMPARACIÓN ENTRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método	*Eficacia*	*Requisitos*	*Ventajas*	*Desventajas*
Percepción de la fertilidad	98,5 %	Comprensión consciente del ciclo de fertilidad; compromiso continuado y consciente	Mantiene el ciclo natural hormonal y de fertilidad	Requiere colaboración y mucha percepción
Diafragma con crema o gel anticonceptivos	96 %	Tamaño indicado por un profesional de la salud; uso fiel en cada coito	Puede proteger de infección pelviana y anormalidades en el cuello del útero; mantiene el ciclo natural hormonal y de fertilidad	Inaceptable para algunas personas; puede causar irritación genital; el índice de fracaso es mayor si la frecuencia de la relación sexual es superior a 3 veces por semana
Preservativo	98 %	Uso concienzudo para una máxima eficacia; uso fiel en cada coito	Protege de enfermedades de transmisión sexual; disminuye el riesgo de displasia cervical	Precisa de la colaboración de la pareja; inaceptable para algunas personas; algunas personas son alérgicas a los preservativos de látex (existen de otros tipos)

* Supone un uso perfecto cada vez. Los índices de eficacia del uso real podrían variar de forma importante con respecto a los indicados. Estadísticas puestas al día tomadas de *Contraceptive Technology*, Irvington Publishers, 16.ª edición, 1994.

Método	*Eficacia*	*Requisitos*	*Ventajas*	*Desventajas*
Preservativo femenino	95 %	Uso concienzudo para una máxima eficacia; uso fiel en cada coito	Protege de las enfermedades de transmisión sexual; protege los labios vulvares y la base del pene durante el coito; se puede insertar hasta ocho horas antes del coito; disminuye el riesgo de displasia cervical; se puede usar sin la participación de la pareja; más fuerte que el látex y menos propenso a romperse	Se usa una sola vez; inaceptable para algunas personas
Píldora anticonceptiva	95,5 %	Tomarla diariamente	Disminuye el riesgo de cáncer de ovario y de útero; disminuye el flujo menstrual y la posibilidad de insuficiencia de hierro; disminuye los dolores menstruales; disminuye el riesgo de tumores benignos de mama; mejora el acné; no precisa planificación	Bloquea el ciclo natural hormonal y de fertilidad; puede aumentar el riesgo de displasia cervical y de cáncer de mama; incrementa la posibilidad de depresión; aumenta el riesgo de infección por Chlamydia; aumenta el

Método	*Eficacia*	*Requisitos*	*Ventajas*	*Desventajas*
Píldora anticonceptiva (cont.)				riesgo de tromboflebitis, embolia pulmonar y accidente cerebrovascular, sobre todo en fumadoras; náuseas y vómitos; dolores de cabeza
DIU (Progestasert, Cobre T)	96-98 %	Inserción por un profesional de la salud.	No requiere planificación.	Puede aumentar el riesgo de infección pelviana después de la inserción o en mujeres expuestas a enfermedades de transmisión sexual
Espuma espermicida	94 %	Uso concienzudo para una máxima eficacia	Ofrece protección parcial contra enfermedades de transmisión sexual; no tiene efectos sistémicos; no precisa de planificación previa; se vende sin receta	Inaceptable para algunas personas; puede causar irritación genital; debe reinsertarse en cada coito

Método	Eficacia	Requisitos	Ventajas	Desventajas
Diafragma cervical	74 %	Uso concienzudo en cada coito	No precisa planificación; ofrece protección continua durante 48 horas por muchas veces que se realice el coito	Los actuales sólo vienen en tres tamaños, por lo que no siempre es seguro que calcen bien; cierto riesgo de choque tóxico si se deja puesto más de 48 horas; puede causar problemas de mal olor a algunas mujeres si se deja puesto demasiado tiempo; no es tan eficaz en mujeres que han tenido hijos
Marcha atrás	77-84 %	Uso concienzudo en cada coito	No precisa planificación	Puede disminuir el placer sexual
Progestina inyectable (Depo-Provera)	Casi 100 %	Una inyección cada tres meses	No precisa planificación	Pérdidas de sangre y dolores de cabeza
Implantes de progestina (Norplant)	Casi 100 %	Inserción por un profesional de la salud	No precisa planificación	Pérdidas de sangre y dolores de cabeza; dificultad para quitarlo en algunas mujeres debido a cicatrices

Método	Eficacia	Requisitos	Ventajas	Desventajas
Vasectomía	Casi 100 %	Cirugía	No precisa planificación	Irreversible
Ligadura de trompas	Casi 100 %	Cirugía	No precisa planificación	Irreversible

En un estudio comparativo de quince metodologías diferentes, entre ellas variaciones de los métodos más comunes utilizados para determinar la ovulación, se descubrió que la observación del flujo

vaginal solo, llamado Método de la Ovulación, es la forma más precisa y práctica para determinar la fase de fertilidad.14 La adición de las gráficas de temperatura basal no mejoraba la precisión de la observación del flujo vaginal solo.

La ventaja de familiarizarse con los propios ciclos de fertilidad, simplemente por los cambios del flujo vaginal a lo largo del mes, es que una puede determinar de antemano cuándo va a ser fértil. Una alternativa entonces son las caricias sin coito durante la fase de ovulación, como también usar un método barrera durante esa fase, aunque algunos expertos advierten que, según sea el anticonceptivo barrera que se use, este podría hacer más difícil interpretar los cambios de la mucosidad cervical. Las parejas muy motivadas solucionan esto conjuntamente. El doctor Stanford, que tiene experiencia personal y profesional con este método, me dijo que «la fertilidad no es una enfermedad, aunque suele tratarse como si lo fuera. Forma parte de lo que somos. Cuando una pareja usa este método, ambos suelen desarrollar un profundo respeto mutuo, por su fertilidad y por su sexualidad. Esto mejora todos los aspectos de la relación. Es algo espiritual». Aunque yo ignoraba la precisión del Método de la Ovulación cuando concebí a mis hijas, sí me serví de las gráficas de temperatura basal para programar su concepción. Me pareció algo muy positivo, que me daba poder.

Para no concebir también usaba diafragma o preservativo combinado con la percepción de mis fases infecundas, hasta que me hice la ligadura de trompas. (Tengo un ciclo muy regular, lo cual me facilitaba conocer mis fases fértiles e infecundas.) Mi marido y yo compartíamos el placer y la responsabilidad de manejar conscientemente nuestra fertilidad. Jamás habría tomado la píldora; sencillamente no me parecía bien desorientar a mis hormonas hasta ese extremo. Y no habría usado un DIU porque no quería tener en el útero un cuerpo extraño (aunque no hago la misma distinción si se trata de lentes de contacto). Sin embargo, la píldora y el DIU son el método correcto para algunas mujeres.

Las técnicas de percepción de la fertilidad (con o sin anticonceptivos barrera durante la fase de ovulación) pueden ser métodos muy eficaces para controlar la natalidad. (También valdría la pena añadir a este método el sistema de los Puntos Prohibidos.) El Método de la Ovulación Modelo Creighton ha sido estudiado con el mayor rigor. Tres importantes estudios demuestran que el índice de eficacia del método para evitar el embarazo es del 99,1 al 99,9 por ciento, mientras que los índices de éxito en usuarias reales fueron del 94,8 al 97,3 por ciento. Las diferencias en estos porcentajes se atribuyeron a errores en la enseñanza y el uso del método.[15]

Saber cuándo se ovula puede aumentar considerablemente las posibilidades de concebir. Está generalmente aceptado que la probabilidad de concebir en un ciclo, para parejas de fertilidad normal, es de un 22 a un 30 por ciento. Pero si el coito se enfoca en la fertilidad, las posibilidades aumentan considerablemente. En un estudio de parejas que hacían el acto sexual enfocado en la fertilidad, el 71,4 por ciento de las dientas que habían tenido un embarazo anterior se quedaron embarazadas en el primer ciclo. En las dientas que nunca habían tenido un embarazo, el índice de embarazo fue de un 80,9 por ciento. Al cuarto ciclo, ya habían concebido el ciento por ciento de aquellas que jamás se habían quedado embarazadas.[16]

En parejas que tienen dificultades para concebir, emplear sólo la gráfica del Método de la Ovulación, sin ningún análisis exploratorio, puede aumentar considerablemente las posibilidades de concepción. El doctor Stanford señala que «de las parejas enviadas al centro de Planificación Familiar Natural de Omaha por incapacidad para lograr el embarazo (durante un promedio de 3 años), del 20 al 40 por ciento lo han logrado en seis meses de uso del Método de la Ovulación, antes de que se iniciara ninguna evaluación ni tratamiento médicos».[17] Este método también da buenos resultados a las mujeres que tienen reglas irregulares, están amamantando o se acercan a la menopausia.

Yo recomendaría encarecidamente este método a cualquier pareja que esté dispuesta a comprometerse a hacerlo. El doctor Stanford, como otros especialistas en el método de percepción de la fertilidad, siempre envía a sus pacientes a un orientador de planificación familiar natural muy bien preparado, porque aunque el método es sencillo, precisa de apoyo y educación, sobre todo al comienzo. Esto se debe en parte a que al principio uno de los miembros de la pareja podría experimentar resentimiento o frustración. Ciertamente, introducir la conciencia de la fertilidad en todos los aspectos de la sexualidad y trabajar con ella diariamente es un concepto muy nuevo para muchas personas. La correcta instrucción personalizada por parte de profesores cualificados es esencial para que tenga éxito la planificación familiar en general y el Método de la Ovulación en particular. Esto no se aprende bien leyendo un libro, debi-

do, probablemente, a los problemas emocionales o psíquicos que hace aflorar. La calidad de la experiencia de la mujer (o de la pareja) con este método suele depender de la calidad de la instrucción y la asistencia recibidas.

Las parejas que emplean el método de percepción de la fertilidad durante toda su vida reproductiva no sufren efectos secundarios y suelen experimentar una intensificación de la intimidad en la relación, lo cual incluye una responsabilidad compartida de su fertilidad combinada. Aunque tenemos la tendencia a relacionar el interés en la planificación familiar natural con ciertas religiones, muchas mujeres se sienten atraídas por este método porque es un enfoque holista de la fertilidad. En Alemania, por ejemplo, en una encuesta al azar realizada por teléfono, el 47 por ciento de las personas que contestaron estaban interesadas en aprender acerca de la planificación familiar natural, y el 20 por ciento indicaron una buena probabilidad de su uso futuro. Los factores religiosos estaban notoriamente ausentes como fuerza motivadora.[18] Me imagino que si este método fuera más conocido y estuviera apoyado por profesionales de la salud, su uso estaría más extendido. Ya sea que se emplee la percepción de la fertilidad para concebir o para evitar concebir, es muy beneficioso conocer el propio ciclo de fertilidad. A continuación, un breve repaso de los métodos más comunes.

DETERMINAR LA FASE FÉRTIL. El óvulo vive entre 6 y 24 horas después de la ovulación. La viabilidad de los espermatozoides depende de la presencia de mucosidad fértil. Los espermatozoides pueden vivir hasta cinco días en mucosidad fértil; en ausencia de mucosidad fértil, mueren en pocas horas. Por lo tanto, hay un periodo de alrededor de siete días en cada ciclo durante el cual podría, teóricamente, producirse el embarazo. En un estudio se comprobó que entre las mujeres sanas que estaban tratando de concebir, casi todos los embarazos se podían atribuir a relaciones sexuales durante un periodo de seis días que acababa el día de la ovulación. Aunque ninguna de las mujeres participantes concibió al día siguiente de la ovulación, los autores del estudio llegaron a la conclusión de que probablemente había un 12 por ciento de posibilidades de concebir al día siguiente de la ovulación, y también el séptimo día antes de la ovulación. Asimismo, concluyeron que para las parejas que tratan de concebir, tener relaciones sexuales en días alternos es tan eficaz como tenerlas todos los días. En términos prácticos, si estás tratando de quedarte embarazada, ten relaciones sexuales cuatro veces durante tu semana más fértil; esto suele ser más efectivo y menos estresante que ceñirse a un programa de un día sí y otro no.[19] Mi experiencia, sin embargo, es que a pesar de la mejor información que pueda darnos la ciencia, a veces cuando un alma desea venir va a venir, independientemente de lo que hagamos o dejemos de hacer.

OBSERVACIÓN DE LA MUCOSIDAD (MÉTODO DE LA OVULACIÓN). Los estudios han demostrado que casi todas las mujeres pueden aprender fácilmente a comprobar la presencia o ausencia de mucosidad fértil de tipo E (estimulada por el estrógeno) mediante la observación rutinaria del flujo vaginal en la vulva.[20] Cuando acaba la menstruación, la mucosidad cervical es mínima; la mujer se siente seca. No hay mucosidad en la abertura vaginal ni manchas de flujo en las bragas. Esta falta de mucosidad acompaña la fase infecunda. Estos días «secos» suelen ser seguros para mantener relaciones sexuales sin protección. El cuello del útero comienza a secretar mucosidad de tipo E alrededor de seis días antes de la ovulación, de modo que si se usa este método se sabe cuándo va a ocurrir antes de que ocurra. Cuando se ve mucosidad en las bragas o se advierte al limpiarse con el papel higiénico, se sabe que está comenzando la fase fértil. Mirada al microscopio, se ve que la mucosidad de tipo E contiene canales que ayudan a subir a los espermatozoides por el cuello del útero; además, al secarse forma un dibujo característico parecido a un helecho. La mucosidad fértil es similar en aspecto y consistencia al tacto a la clara de huevo cruda. Algunas mujeres notan incluso que les moja las bragas. Se es fértil desde el momento en que aparece la mucosidad fértil hasta el cuarto día después del mayor flujo de mucosidad. El último día de cualquier mucosidad que sea clara, elástica (que se estira en una extensión mayor o igual a 2,5 centímetros entre el pulgar y el índice), o lubricante, se llama «día punta». Este día punta de mucosidad está muy relacionado con la ovulación, que se produce más o menos dos días después de ese día en más del 95 por ciento de las veces.[21]

La mucosidad de tipo G (estimulada por la progesterona) aparece inmediatamente después de la ovulación. Esta mucosidad no tiene elasticidad; también tiene un aspecto opaco y es pegajosa. Mirada al microscopio, se ve que no tiene los canales que facilitan la subida de los espermatozoides. En realidad, este tipo de mucosidad bloquea el paso de los espermatozoides. Después del flujo de mucosidad ovulatoria, la mucosidad cervical puede cesar (la mujer se siente seca) o se hace más espesa y densa (mucosidad de tipo G). Ya sea que

la mucosidad cese o se haga más espesa, el cambio es claro y apreciable. La regla va a comenzar alrededor de 12 o 15 días después del flujo ovulatorio cervical punta o máximo.[22]

Hay otro líquido corporal que también cambia a lo largo del ciclo hormonal: la saliva. Cuando las hormonas cambian durante el ciclo, la saliva (seca, mirada al microscopio) forma un dibujo especial parecido a un helecho, igual al formado por la mucosidad cervical. Existen microscopios pequeños especiales, cuyo uso está muy extendido en Europa y Japón, que son otra forma más para enterarse del momento del ciclo de fertilidad y por lo tanto para hacer el mejor uso de él, ya sea que el objetivo sea concebir o evitar el embarazo.

LLEVAR LA CUENTA DE LA TEMPERATURA CORPORAL BASAL DURANTE TRES MESES PARA VER SI HAY OVULACIÓN. Aunque es más exacto aprender a evaluar la mucosidad cervical, tomarse la temperatura basal y registrarla durante unos cuantos ciclos es una interesante manera de conocer el propio cuerpo y sus ritmos internos. También puede mejorar la capacidad para relacionar los cambios de la mucosidad cervical con la ovulación.

El aumento de temperatura que se produce con la ovulación se debe al efecto de la progesterona. Si la mujer se queda embarazada durante el periodo en que se ha estado tomando la temperatura basal, advertirá que esta continúa alta, no vuelve a bajar. Esta elevación de la temperatura basal es un signo muy precoz de embarazo. (Cuando las mujeres están embarazadas, tienen una gran cantidad de progesterona en el organismo y su temperatura es más alta que cuando no están embarazadas. Cuando me quedé embarazada fueron las únicas veces que pude bañarme en el mar en Maine.)

Tómate la temperatura basal a primera hora de la mañana comenzando el primer día de la menstruación (este se considera el día uno del ciclo). Hazlo durante tres ciclos y confecciona una gráfica separada para cada ciclo. Puedes aprovechar la gráfica de temperatura basal para registrar los cambios en la mucosidad cervical (figura 11). La ovulación va acompañada de una elevación de la temperatura basal de entre 0,3 y 0,4 grados (centígrados), y se produce entre el momento en que la temperatura basal comienza a subir y el punto más alto que alcanza. La fase fértil generalmente acaba al final del tercero de tres días seguidos de temperatura elevada. (Véase figura 11.)

Si tus ciclos son bastante regulares, puedes hacerte una idea general de la duración de tus fases fértil e infecunda anotando lo siguiente: registra la duración del ciclo durante al menos seis meses para determinar el primer día posible en que podría producirse la ovulación. La fase folicular del ciclo (desde el primer día de la regla hasta la ovulación) es de duración variable. La fase lútea (desde la ovulación hasta el comienzo de la regla) se fija generalmente en 14 días. Para determinar el primer día del ciclo en que podrías ovular, resta 14 al ciclo de duración más corta. Por lo tanto, si tu ciclo varía entre 26 y 31 días, el primer día en que podrías ovular es el día 12 (26 - 14 = 12). Según sea tu mucosidad cervical, probablemente podrías tener relaciones sexuales hasta el día 8 o 9 de tu ciclo y evitar quedarte embarazada. (Al hacer estos cálculos, puedes ver claramente por qué registrar el flujo de mucosidad es en general más exacto que este método de «calendario».)

La consistencia del cuello del útero también cambia a lo largo del ciclo mensual. Durante la ovulación es mucho más blando y la abertura es más ancha que en el resto del mes. Puedes palparte fácilmente el cuello del útero poniéndote en cuclillas e insertando el índice o el dedo medio en la vagina. También lo puedes hacer en la bañera. Algunas mujeres observan que la posición del cuello del útero también cambia.

En resumen, no hay una manera correcta ni una errónea de trabajar con la fertilidad. Sin embargo, cada una de nosotras debe ver hasta qué punto hemos sido programadas para creer que no podemos confiar en nuestro cuerpo sin una manipulación hormonal externa. Cuando comprendas esto, podrás tomar una decisión consciente. Algunas de mis pacientes que mantienen una relación de amor con un hombre que las apoya no usan ningún método anticonceptivo. Simplemente disfrutan de la relación sexual cuando la desean, sabiendo que si conciben estará bien.

Ligadura de trompas

La ligadura de trompas es la forma más corriente de anticoncepción permanente en Estados Unidos. Pero muchas mujeres tienen una actitud ambivalente al respecto, incluso sabiendo intelectualmente que no desean más hijos. La mayoría valoramos la capacidad de concebir, aunque elijamos no usarla. La anticoncepción permanente cierra una puerta que normalmente no se puede volver a abrir. Durante siglos las mujeres han sido valoradas únicamente por su capacidad de parir hijos, y esa capacidad ha sido una salida socialmente aceptable para el poder creativo de la mujer. Renunciar voluntariamente a ella despierta miedos primitivos. Sin embargo, muchas mujeres consideran que sentirse libres del miedo al embarazo es bueno para su salud y rejuvenece su sexualidad.

La ligadura de trompas es una excelente opción para algunas mujeres, pero no para todas. Yo elegí esa operación después de esperar que mi hija menor tuviera cuatro años. Eso no tiene ninguna lógica, pero en cierto modo me hizo pensar que mi hija estaba «a salvo» y era «permanente». Alrededor de los 37 años tenía una encrucijada ante mí en cuanto a tener hijos. Sabía que tener otro bebé significaría otros cinco años de energía dirigida a sus necesidades y lejos de mis propios intereses. Todavía me ponía sentimental mirando a los bebés en los aeropuertos y albergaba la secreta fantasía de tener «el embarazo ideal y el parto ideal», una época en la que podría descansar y disfrutar realmente de mi embarazo y del nuevo bebé, cosas que no había hecho completamente con mis dos hijas.

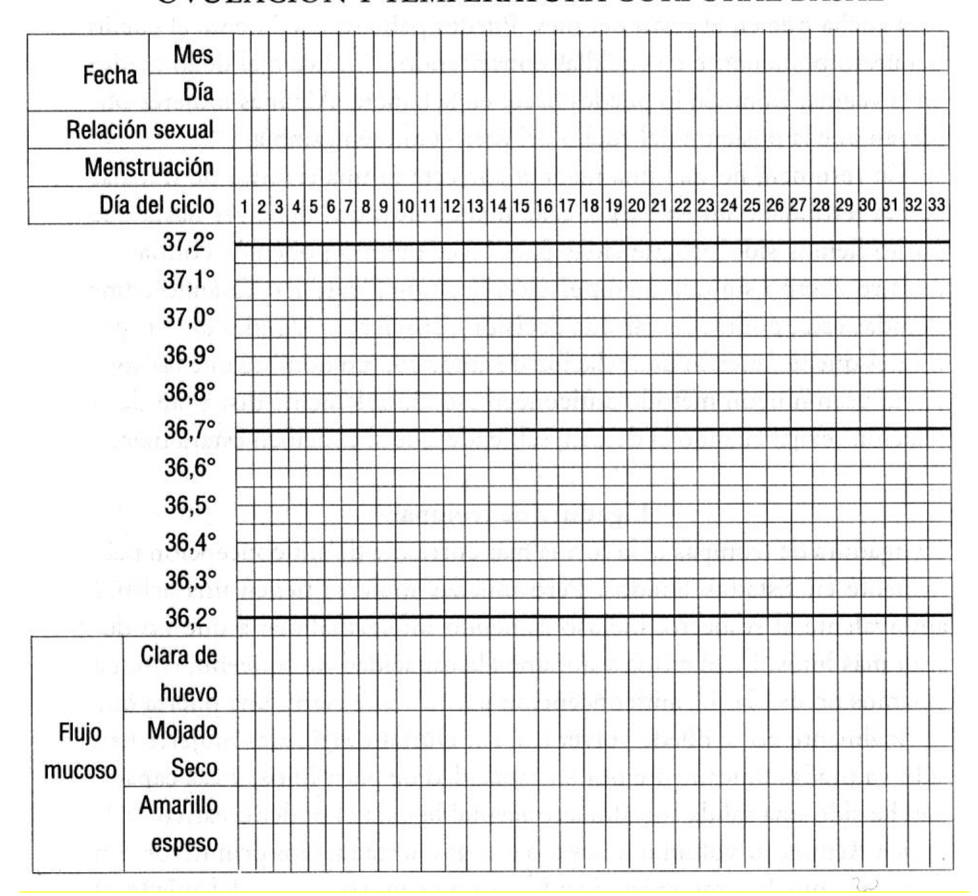


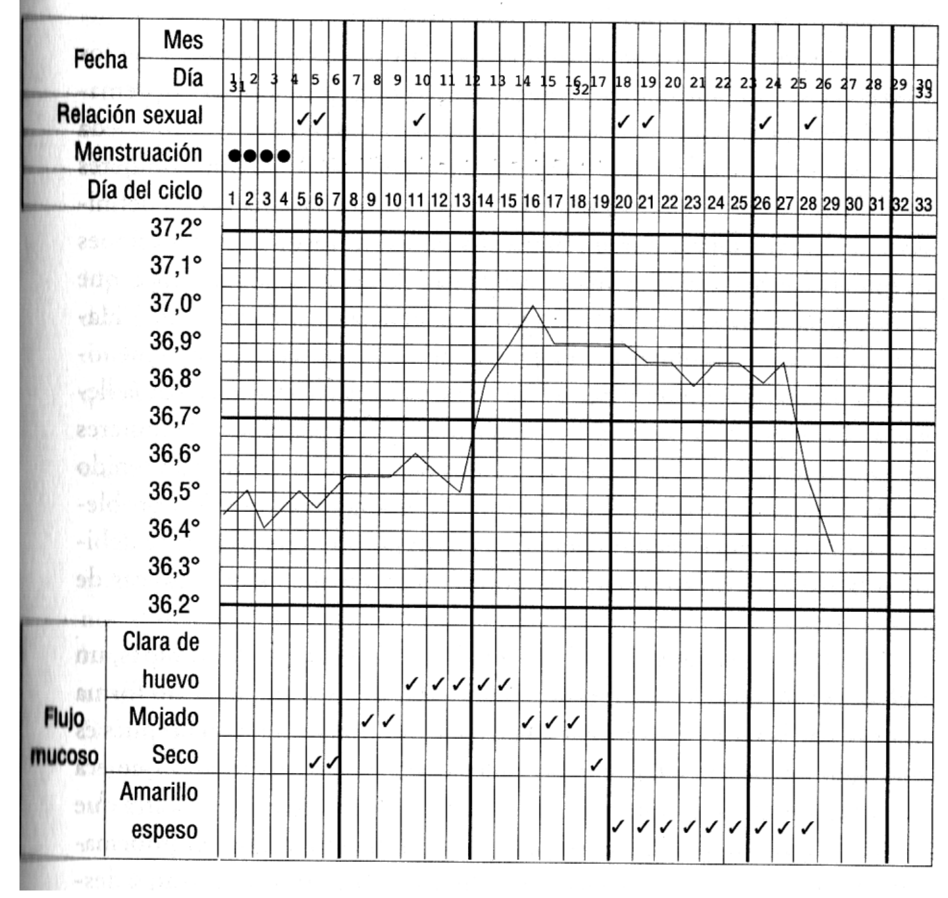
FIGURA 11. PERCEPCIÓN DE LA FERTILIDAD: OVULACIÓN Y TEMPERATURA CORPORAL BASAL

Fecha	Mes																																	
	Día																																	
Relación sexual																																		
Menstruación																																		
Día del ciclo		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
	37,2°																																	
	37,1°																																	
	37,0°																																	
	36,9°																																	
	36,8°																																	
	36,7°																																	
	36,6°																																	
	36,5°																																	
	36,4°																																	
	36,3°																																	
	36,2°																																	
Flujo mucoso	Clara de huevo																																	
	Mojado																																	
	Seco																																	
	Amarillo espeso																																	

Pero había visto a demasiadas mujeres quedarse embarazadas «accidentalmente» alrededor de los cuarenta, justo cuando su vida estaba volviendo a la normalidad después de una década más o menos dedicada a las obligaciones de criar hijos. Estaba en un momento en el que tenía que tomar una decisión consciente respecto a tener o no otro bebé. No me habría hecho un aborto si me hubiera quedado embarazada en esos momentos. (En cambio, si me hubiera quedado embarazada durante mis años de formación no habría vacilado en abortar.) De todos modos, no deseaba tener un embarazo casual. Deseaba poder tomar decisiones conscientes, y no dejar que mi vida la decidiera «el destino».



FIGURA 11. PERCEPCIÓN DE LA FERTILIDAD: OVULACIÓN Y TEMPERATURA CORPORAL BASAL



Mi marido me aseguró que no necesitaba un hijo para sentirse completo. Inmediatamente después que di a luz a nuestra segunda hija me dijo: «No tienes por qué volver a hacer eso por mí». Como muchas mujeres, alegremente habría tenido un tercer bebé si mi marido hubiera deseado probar a ver si teníamos un niño. Yo estaba y estoy muy contenta de tener dos hijas. Sé que si fueran niños los amaría igual, pero no me siento incompleta sin hijos varones. Pero ni mi marido ni yo deseábamos tener más hijos. Tomamos la decisión juntos, aunque la decisión final era mía. Tomar la decisión de hacerme la ligadura de trompas no fue difícil. Sabía que personalmente no quería tener más hijos, de modo que pensé que debía hacerme la operación, aun cuando la vasectomía es técnicamente más fácil de realizar. En el caso de que tuviera otra pareja sexual algún día si cambiaban las circunstancias, deseaba estar segura de no quedarme embarazada. Además, había realizado muchas ligaduras de trompas y me sentía cómoda con la operación. (Otras parejas se sienten mucho más cómodas con la vasectomía. Los estudios han demostrado que es más segura y barata que la ligadura de trompas.)

Una ligadura de trompas cambia algo la irrigación sanguínea de los ovarios. Incluso podría haber un leve riesgo de una menopausia prematura después de la operación si la provisión de sangre a los ovarios queda gravemente comprometida, pero eso es excepcional. Algunas mujeres sufren del «síndrome posligadura de trompas», un problema mal definido que se caracteriza por un aumento de los dolores, menstruaciones irregulares y hemorragias más abundantes. (Hay muchos estudios que no muestran este efecto, por lo que su existencia es controvertida.) Había consultado la bibliografía médica y sabía que el riesgo de una menopausia prematura era muy pequeño; por mi experiencia clínica había llegado a la conclusión de que es principalmente un problema de mujeres que han estado tomando la píldora antes de la ligadura y no han tenido reglas naturales durante años. En realidad, podían haber tenido problemas de hemorragias cuando dejaron la píldora, no necesariamente debido a la ligadura de trompas, que podría proteger incluso del cáncer de ovario.[23]

Casi diez años después de haberme hecho la ligadura de trompas, un nuevo estudio ha demostrado que esta operación disminuye de forma importante la secreción de progesterona, y que incluso un año des-

pués es probable que los niveles de progesterona no hayan vuelto a lo que era normal antes de la ligadura de trompas. Pero el estudio no demuestra que se vea afectada la pauta menstrual.[24] Si yo hubiera tenido esta información en la época en que me hice la ligadura la habría encontrado algo desconcertante, pero no sé si me hubiera impedido hacerme la operación. Ciertamente este informe explica en parte por qué algunas mujeres comienzan a tener el síndrome premenstrual después de la ligadura. Pero sólo podemos tomar una decisión basándonos en lo que sabemos en el momento. Así pues, en 1987 consulté con algunas intuitivas médicas para ver si Ies parecía que la ligadura de trompas (o la vasectomía) podría dañar permanentemente la energía de los órganos pelvianos. Si bien algunas tradiciones taoístas antiguas consideran que esta operación bloquea la circulación de la energía por el cuerpo, mis consultoras dijeron que la energía vital simplemente se hace una nueva ruta, y que no queda ninguna lesión permanente en el cuerpo después de esta operación llamada «esterilización». Caroline Myss dice que el único problema de una ligadura de trompas o una vasectomía se produce cuando la persona no lo tiene claro y en realidad no desea hacérsela. Igual que ocurre con el aborto, no es la operación en sí lo que puede causar problemas; es su sentido.

Yo tenía muy claro que los problemas asociados con la ligadura de trompas no eran nada en comparación con el trastorno que ocasionaría en mi vida un embarazo no planeado. Así pues, tomé una decisión informada. Después llamé a mi hermana.

Avance hacia una mayor creatividad

Mi hermana Penny tuvo un aborto espontáneo un año antes de que yo decidiera hacerme la ligadura de trompas. (Nos llevamos once meses; el doctor le preguntó a mi madre si había hecho agujeros en el diafragma que usaba.) Después de ese aborto le dije a mi hermana:

—¿No sería mejor que te ligaras las trompas para acabar con esa preocupación?

—Me lo haré cuando te lo hagas tú —me contestó.

Así pues, cuando finalmente me decidí, la llamé para preguntarle si quería acompañarme en el acontecimiento y programar las dos operaciones al mismo tiempo. Me dijo que sí. Entonces organicé las cosas para hacer nuestras operaciones en la sala de consulta, con anestesia local y mediante una técnica llamada «minilaparotomía» (pequeña operación). Después de concertar las horas y colgar el teléfono, experimenté treinta segundos de tristeza por lo que acababa de hacer. Juré que si me continuaba esa sensación de pérdida cancelaría la operación. Pero el sentimiento pasó muy rápido.

Decidimos hacer de la operación un acontecimiento significativo para las dos. Penny no tiene hijas; yo no tengo hijos. Cada una tenía que hacer las paces con eso. Llamamos «avance hacia una mayor creatividad» a las operaciones y a la ceremonia que hicimos antes, porque consideramos que nuestras respectivas vidas después de tener hijos estaban llenas de posibilidades de desarrollarnos más. Siempre he detestado la palabra «estéril» por sus connotaciones negativas. Se llama estéril a la mujer que no puede tener hijos; una habitación desnuda y fría es estéril; los hospitales son estériles. Yo no me consideraba estéril antes de la ligadura de trompas y ciertamente no veía cómo podía la cauterización de mis trompas de Falopio cambiar mi modo de sentirme conmigo misma. Simplemente había elegido actuar para evitar futuros embarazos.

Nuestras operaciones estaban programadas para las nueve y las nueve y media de la mañana de un viernes de mayo. Primavera, época perfecta para celebrar una recién descubierta fertilidad, *y* también, según Caroline Myss, una buena época para operarse, ya que las energías de la primavera son un buen presagio de curación y de un nuevo crecimiento. La noche anterior, Penny y yo participamos en una hermosa ceremonia, que nos preparó Judith Burwell, una amiga que orienta a personas en los cambios de vida importantes mediante ritos. Otra amiga, Gina Orlando, nos había hecho dos preciosas coronas de flores de primavera para que las lleváramos en la cabeza durante la ceremonia. Me sentí como una novia, virginal en el verdadero sentido de la palabra: una mujer completa en sí misma.

Cada una habló de lo que sentía al dar ese paso, y sobre cómo, cuando tomamos una decisión consciente, siempre hay que lamentar la opción no elegida. Sin embargo, debemos seguir adelante sin temor y trabajar conscientemente con nuestras circunstancias poniendo en ello toda nuestra capacidad, con el fin de manifestar nuestros sueños. En el rito, Penny y yo nos hicimos hueco para lamentar en voz alta a nuestros hijos no nacidos, yo mis hijos, ella sus hijas, sabiendo muy bien que nuestra Madre Tierra en realidad no necesita más gente ahora, que ya pasó esa parte de la historia de la Tierra, el mandato de «creced y multiplicaos».

—Por ahora —dije yo—, podríamos ir y multiplicar a muchos hijos espirituales y darnos a luz a nosotras mismas.

A la mañana siguiente llegamos al consultorio, que está a unos cinco kilómetros de mi casa. Llevábamos una cinta de casete con música especial para escuchar durante la operación, que se iba a hacer con anes-

tesia local con un sedante intravenoso muy suave. Mi hermana entró primero. Yo la tuve cogida de la mano y vigilé que las trompas fueran cauterizadas correctamente, para que no quedara comprometida la irrigación sanguínea.

Penny salió caminando hacia la zona de recuperación y entonces me tocó a mí. La operación fue absolutamente indolora. En un momento la doctora me dijo:

—¿Quieres ver tus trompas? Son largas y perfectas.

—No, se me produciría una división entre el cuerpo y la mente.

No me hacía ninguna gracia la idea de cauterizar hermosas y sanas trompas de Falopio, algo que a muchas mujeres les encantaría tener. Pero había tomado la decisión. Si hubiera cambiado de opinión durante la operación, le habría dicho a la doctora que no continuara.

Después mi marido nos llevó a casa, nos preparó y sirvió el almuerzo y la cena mientras nosotras descansábamos en los sofás, con bolsas de hielo en la parte baja del abdomen, y veíamos todos los episodios de *Anne de las Tejas Verdes* en vídeo. Las dos tuvimos dolor de hombros, que suele producirse cuando se abre la cavidad abdominal y bajo el diafragma queda atrapado el exceso de gas producido por el aire o el anhídrido carbónico, que después «se va» a los hombros, porque los nervios que pasan por el diafragma están conectados con los nervios que inervan los hombros. Este gas se reabsorbe al cabo de uno o dos días, y el dolor desaparece. La intensidad del dolor fue inesperada, pero las dos estábamos contentas con la decisión tomada.

A la mañana siguiente recogimos flores de primavera en el jardín y las pusimos a flotar en el agua de la bañera, donde nos remojamos los pies, sentadas lado a lado, hablando de nuestros padres, de nuestra infancia y de lo felices que estábamos de poder celebrar juntas ese importante acontecimiento. A continuación nos dimos mutuos masajes en los pies escuchando cantar a Susan Osborne, y después descansamos un rato más.

Esa tarde fuimos a Portland en coche, a una tienda especial llamada Galería de los Indios de las Praderas. Yo compré una obra de arte titulada *Mamá árbol,* una figura mágica de mujer hecha de una rama de pino curada y un poco de arcilla. Penny compró un cuadro que tenía sentido para ella, de dos guerreros sioux alejándose al galope de un túmulo. Esas compras fueron símbolos personales de nuestra elección consciente de dar forma a nuestro destino con claridad e intención, no al azar.

Ni mi hermana ni yo lo hemos lamentado. Un capítulo de nuestras respectivas vidas está cerrado, pero las dos hemos abierto uno totalmente nuevo. En una reunión familiar reciente, en la que observamos divertirse juntos a nuestros hijos adolescentes, comentamos la sabiduría de nuestra decisión.

La transformación de la infecundidad

Casi todas las mujeres suponen que van a poder tener hijos algún día, aun cuando no estén seguras de desearlo; la capacidad de tenerlos es importante incluso para mujeres que no tienen la intención de utilizarla nunca. La capacidad de concebir y parir puede influir enormemente en cómo se siente la mujer consigo misma en un plano muy profundo. Así pues, cuando una mujer descubre que es incapaz de tener un hijo, suele caer en una gran desesperación y lo siente como una injusticia: «¿Por qué yo?». A estas mujeres les resulta casi imposible soportar ver a madres adolescentes que no tienen ningún problema para quedarse embarazadas, a no ser que encuentren algún sentido a la experiencia y hagan las paces con ella. El trabajo pionero de la doctora Alice Domar ha documentado claramente que, comparadas con las de un grupo de control, las mujeres a las que se les ha diagnosticado infecundidad tienen el doble de posibilidades de sufrir de depresión, y que esa depresión llega a su punto máximo alrededor de dos años después de haber comenzado a intentar quedarse embarazadas. Y aunque la infecundidad no es una enfermedad que ponga en peligro la vida, las mujeres infecundas tienen grados de depresión que no se distinguen de los de las mujeres que tienen cáncer, una enfermedad cardiaca o el virus del sida.[25]

Aproximadamente una de cada seis a diez parejas tiene algún problema de infecundidad. Alrededor del 40 por ciento de esos problemas están relacionados con un factor masculino, y el 60 por ciento con un factor femenino. Las estadísticas demuestran que el recuento de espermatozoides ha ido bajando gradualmente durante este siglo. La reducción de la cantidad de espermatozoides está relacionada con el consumo de tabaco, marihuana y alcohol, y también con factores ambientales. Los seres humanos no podemos contaminar el planeta y nuestro cuerpo sin que haya consecuencias, y la infecundidad es una de ellas. Podría ser que las condiciones en que se encuentra la Tierra no favorezcan la fertilidad como antes. Es como si el cerebro colectivo de la especie estuviera generando muchísima energía dirigida a volver estériles a muchos hombres y mujeres, debido a las tensiones actuales en las familias, los ambientes sociales y el planeta mismo. Demasiadas infancias estresantes quedan sin sanar; demasiados niños se hacen adultos demasiado rápido. No permitimos

que los ritmos de la naturaleza marchen de un modo natural. Los datos preliminares sobre problemas reproductivos asociados con substancias químicas tóxicas y con perturbaciones del campo electromagnético de la Tierra apoyan la idea de que la fertilidad está de baja.[26]

Muchos factores diferentes influyen en la fertilidad, entre ellos la alimentación y el entorno, pero en más o menos el 20 por ciento de los casos de infecundidad se desconocen las causas, es decir, las pruebas exploratorias médicas no logran explicar el problema. Según mi experiencia, las parejas que están más dispuestas a mirar la conexión mente-cuerpo y trabajar con ella, además de los otros aspectos de la fertilidad, son las que tienen más éxito, ya sea para concebir o para sanar su relación con la fertilidad.

Los factores más comunes (y con frecuencia interrelacionados) que afectan a la infecundidad femenina son los siguientes:

- Ovulación irregular
- Endometriosis
- Un historial de infección pelviana, debida a un DIU o a otra causa, que provoca lesiones en las trompas de Falopio
- Estrés emocional no resuelto que produce sutiles desequilibrios hormonales
- Problemas del sistema inmunitario: algunas mujeres producen anticuerpos contra los espermatozoides de algunos hombres y no de otros. De igual modo, pueden producir anticuerpos contra el óvulo fecundado por algunos hombres y no por otros.[27]

Un cierto porcentaje de mujeres a las que se les ha dicho que son infecundas por algún motivo «médico», se quedan embarazadas incluso sin tratamiento. La infecundidad no es nunca un asunto completamente claro. Muchos factores físicos, emocionales y psíquicos intervienen en la concepción, tantos, que es ridículo tratar de reducir la fertilidad a un asunto de inyectar la hormona correcta en el momento adecuado. Un especialista en infecundidad que conocí hace poco me dijo: «Hago todas las intervenciones quirúrgicas de la alta tecnología más avanzada y administro todos los tratamientos hormonales para intentar que una mujer se quede embarazada. Cuando está todo dicho y hecho, todavía no sé quién va a quedarse embarazada y quién no, ni tampoco por qué. Después de todos mis años de estudio, este campo sigue siendo un enorme misterio que no logro dominar».

La «gestión» estándar de la infecundidad se centra en el cuerpo, como si este fuera una máquina hormonal, y en gran parte no presta atención a los factores afectivos, psíquicos e incluso de nutrición que tienen manifestaciones físicas y hormonales.[28] Aunque desde hace décadas se ha valorado la conexión mente-cuerpo en la infecundidad, sólo hace unos años que se ha comenzado a explorar más en serio esta importante relación. Ahora que nuestra sociedad está más concentrada en la tecnología, este estudio de la conexión mente-cuerpo hará posible ayudar a muchas parejas, y una entrevista psicológica completa deberá formar siempre parte de toda investigación de la infecundidad.[29] Cuando sólo nos centramos en las tecnologías, carísimas e invasoras, con que se trata actualmente la infecundidad, y nos olvidamos del corazón y el espíritu de las personas que reciben estos tratamientos, los resultados suelen ser decepcionantes e incluso devastadores. Anualmente se gastan alrededor de mil millones de dólares en el tratamiento de la infecundidad, y esta cifra va aumentando.[30]

Factores psíquicos

En el plano personal, muchas mujeres no se quedan embarazadas porque en el fondo no lo desean: tienen miedo de las exigencias que les va a imponer un hijo. En un estudio se comprobó que las mujeres a las que no les daban resultado los tratamientos para la fertilidad tenían más éxito en el mundo exterior que las que concebían. Los autores del estudio interpretaron este resultado como «una actitud positiva exagerada en el intento de superar miedos, dudas y ambivalencias interiores» respecto al hecho de tener un hijo.[31] Caroline Myss explica que esas mujeres sólo tienen una energía limitada en el segundo chakra. Si la mujer dirige su ambición hacia el éxito profesional y ya está muy ocupada en ese campo, es posible que simplemente no tenga circuitos energéticos disponibles en su cuerpo para concebir un hijo, a no ser que reduzca sus otros compromisos o actividades. Muchas mujeres infecundas trabajan entre sesenta y ochenta horas semanales y están agotadas; entonces intentan tener un hijo como si se tratara de escribir una tesis para obtener el doctorado en filosofía. En un estudio prospectivo reciente, realizado en Italia con mujeres que estaban en tratamiento de fertilización *in vitro* o de transferencia de embrión, se descubrió que tanto la vulnerabilidad al estrés como el hecho de trabajar fuera de casa estaban relacionados con un mal resultado de estos dos tratamientos, aun

cuando las causas médicas claras de la infecundidad estaban distribuidas equitativamente en todo el grupo de estudio.[32]

Concebir un hijo es un acto receptivo, no un maratón que se puede programar dentro de la agenda diaria. Varios estudios indican que la atención excesiva al objetivo de tener *un* hijo podría ser causa de una maduración prematura de los óvulos dentro del ovario con la subsiguiente liberación de óvulos no preparados para ser fecundados.[33] Quiero insistir en que tener un trabajo o una profesión no tiene por qué afectar a la fertilidad; los problemas pueden surgir a consecuencia de otros factores que acompañan a las profesiones actuales, como la incapacidad de satisfacer nuestras necesidades, la sensación de no tener el control de nuestra vida, no sentirnos a gusto con el trabajo que realizamos o con lo que representa en nuestra vida, o un trabajo o profesión que no es una prolongación de nuestra sabiduría interior.

En un fascinante estudio de mujeres heterosexuales que estaban en proceso de inseminación artificial por donantes, se observó que después de varios intentos de producir un embarazo, mujeres que antes ovulaban dejaron de ovular. Los autores llegaron a la conclusión de que la inseminación artificial, así como cualquier otra técnica mecanizada y no natural para «forzar» el embarazo, es en cierto sentido un procedimiento traumático que conduce a la inhibición del proceso mismo que se desea conseguir. (Esto puede ser así o no en las parejas lesbianas, puesto que en estas situaciones la inseminación artificial por donante es el único método para quedarse embarazada.) Lo interesante es que se ha comprobado que el orgasmo aumenta las posibilidades de concebir de la mujer; el orgasmo va acompañado de movimientos involuntarios de la vagina y el útero que favorecen la concepción. El hecho de no llegar al orgasmo podría ser causa de cambios en la irrigación sanguínea de la pelvis, lo cual puede afectar a la fertilidad.[34] Las técnicas de concepción más avanzadas, por su propio diseño, ignoran completamente este aspecto de la fertilidad.

Siempre que una mujer se siente en conflicto por el parto, los hijos o las limitaciones que le van a imponer estos una vez que lleguen, puede producirse infecundidad. Estudios realizados en los años cuarenta, y también en los años ochenta, han demostrado que hay una relación entre la infecundidad y la ambivalencia hacia el embarazo y los hijos. En un estudio se comprobó que entre las mujeres que no tenían ningún motivo anatómico para la infecundidad, la mayoría manifestaban un grave conflicto psíquico respecto al deseo de ser madre.[35]

La infecundidad podría deberse al hecho de que la mujer sea tratada en su matrimonio como una niña dependiente. En varios estudios se comprobó que las mujeres infecundas se habían sentido disgustadas cuando les vino la primera menstruación y habían deseado seguir siendo niñas. Muchas tenían un cuerpo y un rostro juveniles, eran sobreprotegidas por sus padres y ansiaban compasión y afecto, y se sentían inferiores por ser mujeres.[36]

También se han estudiado las relaciones entre las mujeres infecundas y su marido. Muchas de las mujeres de estos estudios tenían una verdadera aversión al acto sexual, pocas veces tenían orgasmos y sentían una marcada falta de armonía sexual en su relación. Sin embargo, cuando estas mujeres encontraron una pareja más conveniente se volvieron fértiles.[37] He visto repetidamente este fenómeno en el ejercicio de mi profesión. Tests psicológicos hechos a 117 maridos de mujeres infecundas indicaron que estos hombres tenían una marcada falta de confianza en sí mismos, eran introvertidos y tenían poca capacidad para imponerse o hacerse valer socialmente.[38]

Niravi Payne, autora de *The Language of Fertility* (Harmony, 1997), es una terapeuta que ha dedicado su vida profesional a ayudar a parejas a concebir mediante su Programa de Fertilidad para la Persona Completa. Su visión de los problemas actuales de fertilidad es a la vez iluminadora y capacitadora. No es casualidad, dice, que tantas personas de la generación de los cincuenta tengan problemas de fertilidad. Una serie de complejos factores psicológicos, sociológicos y políticos han llevado a cambios sin precedentes en nuestra sociedad y han dado lugar a la decisión de retardar el hecho de tener hijos, alterando así las pautas reproductivas conocidas por sus padres y las treinta mil generaciones anteriores. Niravi escribe: «En el espacio de una generación, las parejas estadounidenses de clase media y alta decidieron retardar la procreación de diez a veinte años. Esta podría ser la alteración voluntaria más radical del estilo de vida de todos ellos, y, sin duda, ha habido consecuencias fisiológicas».

Millones de mujeres de la generación de los cincuenta se han rebelado contra la vida circunscrita que vieron vivir a sus respectivas madres cuando eran niñas. Han dicho no al matrimonio a edad temprana y sí a definirse y desarrollarse ellas. Y muchas madres de estas mujeres, reconociendo la falta de realización y la frustración que caracterizó su vida, las animaron a seguir una educación universitaria y tener una carrera profesional. Lo irónico es que muchas de estas mujeres tuvieron su primer aborto alrededor de la edad en que sus madres tuvieron sus primeros hijos. Reconocer cómo estos factores podrían afectarla en el presente suele ser el primer paso de la mujer hacia la sanación de su relación con la fertilidad.

Marcelle Pick, mi colega de Women to Women, se ha formado con Niravi y ha traído su trabajo a nuestro centro. Hemos corroborado muchos de sus hallazgos y hemos descubierto que las mujeres con problemas de fertilidad tienen las características psicológicas ya mencionadas, e inconscientemente han asimilado creencias sobre el embarazo, la sexualidad y el hecho de tener hijos que, en algunos casos, les bloquean la fertilidad. Por ejemplo, algunas son verdaderamente muy desgraciadas con su actual pareja, pero tienen miedo de decirlo porque piensan que no tienen otra alternativa fuera de continuar con él. A otras, su madre les ha dicho que tener hijos podría arruinarles la vida. Muchas de nuestras madres no tuvieron otra opción, fuera de quedarse en casa y criar hijos, aunque tuvieran muchísimo talento y ambiciones en otros campos; sus hijas captaron esto y ahora se culpan de la frustración de su madre. No quieren arriesgarse a transmitir ese dolor a la generación siguiente. Existe además otro miedo: el miedo a «tenerlo todo»; a nuestras madres se les enseñó que podían tener o bien una familia o bien una profesión, pero no ambas cosas. La generación de los cincuenta está ciertamente explorando nuevos mares para todas las generaciones de mujeres que vendrán detrás. Payne informa que entre aquellas mujeres que están dispuestas a hacer las paces con creencias inconscientes como esas, se da un índice de embarazo bastante más elevado que el esperado.

Programa mente-cuerpo para favorecer la fertilidad

Si tienes algún problema de fertilidad, te recomiendo encarecidamente leer todo el programa que presenta Niravi Payne en su libro y hacer todos los ejercicios. Los pasos que explico a continuación te servirán para comenzar.[39] Te recomendaría tener tu diario a mano mientras los lees para así poder anotar cualquier pensamiento, sentimiento o creencia que vaya surgiendo en los pasos que he esbozado. Tus reacciones serán una guía útilísima en tu viaje hacia la sanación de tu fertilidad.

El método mente-cuerpo para la fertilidad se basa en la premisa de que el conocimiento es poder y que un cambio en la percepción, basado en una nueva información, es lo suficientemente poderoso para producir cambios sutiles en los sistemas inmunitario y nervioso. Al margen de lo que te hayan dicho acerca de tu fertilidad, necesitas saber que la compleja interacción entre los factores psicosociales, psicológicos y emocionales influye de modo muy profundo en tu capacidad para concebir, y que puedes trabajar conscientemente esto para mejorar tu capacidad de tener un bebé.

Lo primero que nos hace falta en el campo de la fertilidad es un nuevo lenguaje. Pocos términos son más dañinos para las mujeres (y los hombres) que la etiqueta de «estéril». Esta palabra golpea en la esencia misma del concepto que se tiene de una misma y en la autoestima, y provoca un diálogo interior punitivo en las mujeres que pasan por esta experiencia. Muchas se sienten incapaces y culpables por este trastorno o situación, lo cual genera en su interior un círculo vicioso. La palabra «esterilidad» evoca imágenes de tierra árida, seca, que no es capaz de dar frutos. Si actualmente llevas esta etiqueta, reemplázala por la siguiente: «Soy un ser sensual, sexual y fértil, con una enorme capacidad de dar y recibir amor, cariño y sustento». Interiorizar el sentimiento que acompaña a estas palabras te va a servir para cambiar el concepto de ti misma (y tu fisiología). Recuerda que cambiar el concepto de ti misma es un proceso, no un acontecimiento. Dale tiempo.

- *Paso uno:* Mira el cuadro grande. Has de saber que no estás sola; son millones las mujeres que están explorando nuevos territorios en el aspecto de equilibrar su vida personal y profesional. Tu situación en el tema de la fertilidad podría ser, en parte, la consecuencia de las avasalladoras fuerzas psicológicas que han influido inconscientemente en toda una generación, con efectos fisiológicos muy reales.
- *Paso dos:* Si tienes más de 40 años y estás tratando de quedarte embarazada, revisa atentamente tu programación respecto a ser «demasiado vieja». Brant Secunda, un chamán de origen estadounidense formado por los indios huichol, que vive en una remota región de México, dice que las mujeres huichol se quedan embarazadas después de los cincuenta e incluso de los sesenta años, como algo normal. (Tal vez debido a que no les han dicho que sus óvulos son demasiado viejos, su fertilidad no sufre mucho con la edad.) Y en esta cultura, con todos los avances tecnológicos de que disponemos para la reproducción, la maternidad después de los cuarenta y cincuenta años será cada vez más común.

Hazte la siguiente pregunta: ¿de verdad creo que me es posible quedarme embarazada y tener un embarazo y un bebé sanos después de los cuarenta años? Si bien las estadísticas demuestran que, en general, la fertilidad de la mujer disminuye con la edad, la mayoría de las mujeres no entienden que esas estadísticas no predicen si una mujer va a tener o no dificultades para concebir. De hecho, en los veinte últimos años, los partos de mujeres mayores de 40 años han aumentado en un 50 por ciento, y en 1991 fueron 92.000 las mujeres de estas edades que tuvieron bebés en Estados Unidos.[40] Esa cifra continúa aumentando. Es posible que mu-

chas mujeres mayores de 40 años no sepan lo fértiles que son, y tal vez por eso no usan anticonceptivos. Ese podría ser el motivo de que la frecuencia de abortos entre las mujeres mayores de 40 años sólo sea inferior a la que hay entre las mujeres de 18 a 25 años. ¿Quién dice, pues, que tus óvulos son demasiado viejos?

• *Paso tres:* Haz la conexión entre tus emociones, tu familia y tu fertilidad. Lo esencial del Programa de Fertilidad para la Persona Completa es descubrir cómo los mensajes interiorizados en la infancia afectan ahora a la capacidad para concebir. Está muy claro que la fisiología de la mujer podría estar reaccionando, de forma automática e inconsciente, a situaciones directamente relacionadas con problemas de la primera infancia y la familia. Aunque muchas personas, sobre todo otros familiares, pueden creer que es más fácil y más sano olvidar las experiencias dolorosas de la infancia, y podrían instarte a evitar los temas emocionalmente explosivos, tu disposición a recordar y soltar tus ataduras emocionales a experiencias del pasado va a liberar la energía que te servirá para sanar tu fertilidad. Ten presente, por favor, que recordar las experiencias dolorosas de la infancia no se hace a expensas de los recuerdos más felices. Lo normal será que este trabajo sea una mezcla de alegrías y tristezas profundas que en último término te llevarán a un espacio de más amor y perdón, hacia ti misma y hacia tus padres.

Para comenzar esto hay que hacer un epistograma. Un epistograma es una historia de la salud física familiar que diagrama las costumbres o pautas familiares. Lo creó Niravi Payne, adaptando el genograma que usan los terapeutas de familia. Puede servirte para entender qué circunstancias, a lo largo de muchos años, podrían haber causado tus problemas de reproducción. Niravi escribe: «Hacerlo es un potente método para crearse nuevas rutas o vías para sanar, concebir y llevar a término un bebé». Para hacer un epistograma se hace el mismo diagrama que se haría para dibujar un árbol genealógico, sólo que además de los nombres de los abuelos, padres, tíos y hermanos, se añaden también sus enfermedades o síntomas físicos, sus características emocionales y cualquier dificultad reproductora que puedan haber tenido. Es como un trabajo detectivesco. Recuerda que, para bien o para mal, tu familia te sirvió de modelo en lo que respecta a tus relaciones íntimas actuales. Hazte las siguientes preguntas acerca de cada uno de los miembros de tu árbol genealógico: ¿qué mensaje recibí de esta persona acerca de tener hijos? ¿Fue positivo? ¿Fue negativo? ¿Interioricé este mensaje? ¿Qué me indujo a creer acerca del proceso de concepción, embarazo y parto? ¿Había algún secreto familiar, por ejemplo un aborto espontáneo o un embarazo, que se mantuviera oculto?

Niravi señala algo muy capacitador: «La verdadera liberación de la programación negativa recibida de nuestros padres se produce cuando dejamos de negar que somos como ellos. Preguntarnos cómo sentimos, pensamos, actuamos y reaccionamos igual que nuestros padres es el comienzo de nuestra separación de ellos y de nuestro proceso de sanación. Cuando miramos de este modo nuestra vida, es más fácil sacar a la luz la ambivalencia multigeneracional acerca de la concepción que esboza el epistograma». Y esto nos lleva al paso siguiente.

• *Paso cuatro:* Identifica tu ambivalencia. Es perfectamente normal sentir una cierta ambivalencia respecto a tener un hijo. Es posible desear muchísimo un bebé y al mismo tiempo sentir terror por el proceso. ¿Y por qué no? Un hijo cambia la vida permanentemente y de formas que no se pueden planear. Ciertamente yo sentí ambivalencia, y tanta que cuando estaba embarazada de mi primera hija, no le compré absolutamente nada de ropa hasta que nació. Continué cumpliendo mis obligaciones en el hospital como si a mi cuerpo no le estuviera ocurriendo nada. La ambivalencia sólo es un problema cuando no se la reconoce ni trabaja. Muchas de mis pacientes han deseado quedarse embarazadas, pero no estaban seguras de querer criar un bebé. Otras han deseado tener hijos, pero no han querido quedarse embarazadas, pensando que es demasiado doloroso, demasiado dañino para su figura o lo que sea. Otras han sentido el miedo de que podrían tratar a sus hijos como sus padres las trataron a ellas. Es necesario sacar a la conciencia estos sentimientos de ambivalencia, para que no obstaculicen la concepción. Hazte la siguiente pregunta y escribe la respuesta en tu diario: ¿Por qué no deseo un bebé? Sé absolutamente sincera cuando hagas este ejercicio.

• *Paso cinco:* Aprende las técnicas de relajación profunda, respiración profunda, visualización y meditación. Las meditaciones y visualizaciones guiadas, al igual que otras técnicas, pueden servirte para conectar con tu sabiduría interior respecto a tu fertilidad. Las encontrarás en el libro de Niravi Payne *The Language of Fertility.* La doctora Alice Domar, del Hospital Deaconess de Boston, ha empleado con éxito las técnicas de meditación de presencia mental y otras como la respuesta de relajación de Herbert Benson (véase la sección sobre el síndrome premenstrual) para ayudar a las mujeres a sanar del estrés de la infecundidad, aumentando también de forma importante los índices de embarazo.[41] Una guía práctica para el programa de la doctora Domar se encuentra en su libro *Healing Mind, Healthy Woman* (Henry Holt, 1996). También hay cintas de casete.

La formación en presencia mental y relajación es especialmente importante si te vas a hacer tratamientos médicos de alta tecnología para la fertilidad, ya que está claro que el estrés emocional y psíquico no resuel-

to ni expresado tiene consecuencias fisiológicas que podrían estorbar la eficacia del tratamiento.[42] Pero cuando se trata y resuelve el estrés emocional, suben los índices de embarazo.

• *Paso seis:* Piensa en la posibilidad de pedir ayuda. Siempre es ideal trabajar con alguien, ya sea en un grupo o con una persona, para sanar la situación en lo que respecta a la fertilidad. Niravi Payne y Marcelle Pick, de Women to Women, forman a profesionales de la salud de todo el mundo en el Instituto de Formación Profesional en Fertilidad de la Persona Completa. El Centro de Mujeres del Instituto Médico Mente-cuerpo de Boston también ofrece programas de medicina conductista para aprender a reducir el estrés.

Luz artificial y luz natural

Vivir con luz artificial sin salir regularmente al exterior, a la luz del sol, puede tener consecuencias adversas en la fertilidad, porque la luz es un nutriente. Demasiadas personas no sólo están estresadas en el trabajo, sino que además no salen mucho al aire libre. Cuando yo estaba tratando de concebir mi primer hijo, la temperatura basal me subía muy lentamente durante la ovulación. (Como ya he dicho, la ovulación provoca una subida de la temperatura corporal de alrededor de 0,4 °C. Durante la ovulación, el ovario produce progesterona, y esta a su vez produce la elevación de la temperatura basal.) Decidí salir a caminar a la luz del sol, sin gafas ni lentes de contacto, 20 minutos cada día. (La luz natural tiene que dar directamente en la retina para ser efectiva; no debemos mirar directamente al sol, pero debemos estar fuera durante el día.) Dentro de un ciclo menstrual, mi temperatura basal se elevó bruscamente en la ovulación, lo cual fue un enorme progreso. Me quedé embarazada al cabo de dos ciclos de hacer esto, y antes había estado cinco meses intentándolo. Aunque esto no es una prueba científica de nada, es un ejemplo de un sencillo cambio que tuvo efectos mensurables inmediatos. Es extensa la bibliografía científica sobre la luz y los biociclos humanos.[43]

Factores nutricionales

Las substancias nutritivas influyen en todas las interacciones hormonales del cuerpo, y ciertamente es importante para la reproducción humana tener unos buenos niveles de ellas. La dieta estadounidense estándar, rica en alimentos procesados y pobre en nutrientes, es un determinante de una nutrición deficiente en el momento de la concepción. Los estudios han demostrado que tomar suplementos de vitamina C (500 mg cada doce horas según un estudio) y zinc ha ido bien a parejas que tenían dificultades para concebir.[44] En otros estudios se han comprobado los efectos beneficiosos de los suplementos de folato y vitamina B_{12}.[45]

Si una mujer ha estado tomando la píldora, sobre todo si la ha dejado para concebir, le recomiendo que tome un buen suplemento de vitaminas si no lo toma ya. Dada la dieta estándar y los niveles de estrés de la vida moderna, recomiendo a todas las parejas que están tratando de concebir que tomen un suplemento de vitaminas y minerales (las insuficiencias nutritivas pueden afectar a la calidad de los espermatozoides).

Los trastornos de la alimentación también se han relacionado con la infecundidad. En un estudio, los investigadores determinaron que el 16,7 por ciento de las personas infecundas sufrían de trastornos de la alimentación que iban de la bulimia a la anorexia. Su recomendación fue que a los pacientes de infecundidad se les haga el historial de los trastornos de la alimentación, sobre todo a las mujeres con anormalidades menstruales.[46] (Se encontrará más información sobre la nutrición en el capítulo 17.)

Tabaco, drogas y alcohol

En muchos estudios se ha comprobado que el tabaco, drogas como la marihuana y la cocaína y el alcohol tienen efectos adversos en todos los aspectos de la reproducción, desde la concepción (tanto en el papel del hombre como en el de la mujer) hasta el parto. Las mujeres que fuman tienen menos éxito con los tratamientos de fertilidad de todos los tipos que las que no fuman. Si deseas en serio quedarte embarazada, busca ayuda para tus adicciones. La acupuntura es muy eficaz en este aspecto. A las pacientes que tienen adicción a alguna droga, al alcohol o al tabaco también les recomiendo diversos programas, y las envío a sanadores y especialistas en adicciones.

Problemas en las trompas de Falopio

Para que se produzca un embarazo, es necesario que las trompas de Falopio sean capaces de coger un óvulo y hacerlo pasar hasta el útero que lo espera. Este proceso es dinámico y pueden influir en él muchísimos factores; entre ellos, uno de los más comunes es tener cicatrices en las trompas, por infecciones pelvianas anteriores

que suelen ser consecuencia de enfermedades de transmisión sexual. En el caso de que las trompas estén abiertas pero no sean totalmente funcionales, es necesario trabajar con las emociones. Los problemas de las trompas, según Caroline Myss, se centran en torno a la «niña interior» de la mujer, mientras que las trompas en sí representan la energía de la infancia no sanada. Dice: «Bloquear la salida de los óvulos porque el ser interior no es lo suficientemente "mayor" o no está lo bastante "maduro" o "sanado" para sentirse fértil, puede ser una modalidad energética que se oculta tras los problemas en las trompas de Falopio. Una parte de la mujer puede seguir en la prepubertad debido a que no está completa en su inconsciente respecto a su preparación para generar vida, si, en cierto aspecto, no ha salido ella aún del huevo».

Historias de mujeres

GRACE: MIEDOS INFANTILES. Cuando vino a verme por primera vez a causa de su infecundidad, Grace era una próspera mujer de negocios del Medio Oeste. Llevaba tres años casada y no había podido concebir. Igual que muchas de mis pacientes, prefería evitar los análisis exploratorios invasores para investigar su problema, a no ser que fueran absolutamente necesarios. El motivo que dio fue que no quería que nadie anduviera «hurgando por ahí».

Grace tenía ovulaciones normales, y sus reglas eran regulares y no dolorosas. No tenía ningún historial de infecciones, no usaba DIU ni le habían hecho ninguna operación pelviana. En resumen, nada en su historial me daba motivos para pensar que hubiera algo mal en su sistema reproductor. El recuento de espermatozoides de su marido era completamente normal.

Durante la entrevista tuvo un recuerdo de cuando tenía cuatro años. A esa edad se puso tan enferma que se desmayó de fiebre y finalmente tuvieron que llevarla al hospital. Aunque hacía días que se sentía mal, no había dicho nada a sus padres hasta cuando estuvo muy enferma y con retención de orina. En el hospital tuvieron que sujetarla entre varias enfermeras y asistentes mientras le insertaban un catéter en la vejiga. Su madre consideró que ese era un comportamiento muy impropio de su hija.

Cuando ya estuvo recuperada, su madre la cogió de la mano y la obligó a pedir disculpas, por haber sido una «niña mala», a cada una de las enfermeras y asistentes que la habían atendido. Recuerda perfectamente lo avergonzada que se sintió. Siempre había pensado que su infancia fue muy feliz, aunque reconoce que no recuerda mucho de ella. Pero su experiencia en el hospital y la dura actitud de su madre le dejaron una profunda herida. Yo sospecho que su niñez no fue tan feliz como ella la recuerda.

Después de contarme lo de esa hospitalización, comprendí muy bien su resistencia a que le hicieran pruebas exploratorias. En el momento en que escribo esto, Grace está trabajando con una terapeuta y ha decidido dejar en suspenso su tratamiento para la infecundidad, con el fin de transformar sus viejos miedos. Hace poco me dijo: «Me he dado cuenta de que aún no estoy preparada para tener un hijo. Tengo demasiado trabajo que hacer en mí misma. No quiero transmitir mis problemas no resueltos a un hijo».

MARGAREN LA VENTANA DEL OVARIO. Margaret tenía 27 años cuando vino a verme por primera vez. Aún no estaba casada, pero me dijo que deseaba tener hijos algún día y que siempre había soñado con ser madre. Desde que le comenzaron las reglas sufría de fuertes dolores y hemorragia excesiva, lo que muchas veces la obligaba a faltar a clases. A los 18 años decidió que ya no podía seguir soportando el problema y fue a ver al ginecólogo de su madre. Este recomendó una intervención quirúrgica inmediata y la ingresó en el hospital. Le realizó una operación pélvica de cirugía mayor (le extirpó un quiste ovárico) y le dijo que tenía endometriosis.

En su fase posoperatoria en el hospital, se le produjo lo que se llama «íleo paralítico»: no tenía movimientos de vientre. Cada día le ponían un enema de 1.000 cc de jabonaduras, que le producían tanto dolor que deseaba morir. También se le produjo una fiebre que no se le iba. Le pidió a su madre que le llevara aspirinas para bajar la fiebre y poder irse a casa. (En ese tiempo era estudiante de enfermería y sabía que eso le resultaría.) Según dice, la trataban tan mal en el hospital que quería marcharse como fuera. Durante esa época sus padres estaban en trámites de divorcio; la iban a ver al hospital y utilizaban su habitación para pelearse. En realidad, su recuperación posoperatoria distó mucho de ser ideal.

Después de la operación le disminuyeron un poco los dolores, pero seguía teniéndolos durante la mayor parte del ciclo menstrual. Le continuaron durante años, y ella simplemente los aguantaba. Alrededor de los 20 años decidió tener relaciones sexuales y fue a ver a un ginecólogo para que le dijera el tamaño de diafragma que le convenía. El ginecólogo le dijo: «Tiene la pelvis destruida. Es usted estéril sin duda alguna. Jamás tendrá hijos». Ella me contó que había asimilado ese mensaje «a nivel celular» y que después de eso no visitó a ningún ginecólogo durante mucho tiempo. Cuando finalmente consultó a otro, este le dijo: «Tenga hijos ahora, porque si no, tal vez nunca pueda tener uno». Ella estaba acabando sus estudios de enfermería, no

tenía relaciones con nadie y estaba a punto de trasladarse, de manera que concebir un hijo no estaba en los primeros lugares de su lista de prioridades por el momento.

Alrededor de los 25 años, se trasladó a Maine. En un examen ginecológico de rutina, una comadrona le dijo que tenía un enorme endometrioma (un quiste ovárico lleno de sangre vieja, de una endometriosis). Para tener una segunda opinión fue a consultar a otro ginecólogo, que la tranquilizó y le dijo que tenía la pelvis normal, lo cual fue muy consolador para ella. Pero ya había recibido muchos mensajes contradictorios y tenía dudas. ¿Estaba bien o no?

En ese tiempo trabajaba de enfermera a domicilio, enseñaba a adolescentes embarazadas cómo cuidar de los bebés y trabajaba con muchas personas que habían informado de abusos sexuales al Departamento de Servicios Humanos. Margaret me contó que durante ese tiempo simplemente no prestó atención al problema de su posible infecundidad. Le habría sido muy doloroso afrontarlo, dados los sufrimientos que estaba viendo cada día.

Vino a verme cuando tenía 27 años. Repasamos sus notas sobre la operación que le hicieron. El quiste ovárico que le extirparon era probablemente un quiste funcional que se forma en la ovulación. Habían detectado muy poca endometriosis, si es que había alguna. (Si le hubieran hecho esa operación ahora, habría sido mediante laparoscopia, sin un corte tan grande; probablemente no le habría quedado la cicatriz que tenía a consecuencia de la operación.)

Dado que continuaba teniendo dolor pelviano, le recomendé una dieta vegetariana sin productos lácteos. Pasado un ciclo se le acabó el dolor y no le ha vuelto. Varios años después se casó y trató de quedarse embarazada. Al cabo de un año de intentos frustrados, fue a un especialista de Boston, que le hizo una laparoscopia. Le dijo: «Hice todo lo que pude, pero creo que no hay muchas esperanzas. Tiene demasiadas adherencias ahí». Las adherencias son bandas fibrosas que se forman por inflamación y pueden obstaculizar la movilidad de los órganos. (¿Recuerdas haber utilizado goma de mucílago en la escuela? Si te pones un poco de esta goma en los dedos y después tratas de separarlos, entre ellos se forman pequeños hilos fibrosos. Ese es el aspecto que tienen las adherencias. Algunas son firmes y otras son bastante flexibles.) Finalmente la envié a un especialista en infecundidad para que le hiciera una segunda laparoscopia, con el fin de ver si había alguna mejoría en la pelvis. (No es inusual que se le practiquen varias laparoscopias a una mujer con el problema de infecundidad.) Programamos esa operación a una hora en que yo pudiera estar presente, para apoyarla psicológicamente y ver también su pelvis. No tenía endometriosis. Lo que le pasaba era que tenía las trompas encerradas en tejido cicatricial, muy probablemente de la primera operación. Pero alrededor de un ovario se veía una ventana limpia de adherencias. En las circunstancias adecuadas, tenía posibilidades de quedarse embarazada.

Una vez en la habitación de recuperación, el especialista le dijo: «Parece como si le hubiera estallado una bomba allí». (Las palabras de un médico son siempre poderosas, pero en la habitación de recuperación, cuando la persona está despertando de la anestesia, son doblemente poderosas. No me gustó nada que le hiciera ese comentario.)

Le hablé de la ventana limpia de adherencias. Esa noche Margaret soñó que un anciano sabio se le acercaba a decirle: «Hay una ventana allí. Yo la veo. Es una ventana de oportunidades. Eso es lo único que necesitas para quedarte embarazada». Después de ese sueño, se quedó en casa y lloró durante tres días. A continuación se puso en marcha y llamó a todas las clínicas de fertilidad de Estados Unidos, así como a agencias de adopción. Se organizó y se hizo una libreta de recursos.

Al cabo de unos seis meses, decidió hacerse una fecundación *in vitro*; ella y su marido fueron a una clínica de Nueva York. Después me contó la experiencia: «Fue horroroso. Tuve que tomar Pergonal y Clomid [fármacos que hacen producir muchos óvulos a los ovarios]. El ambiente en la sala de espera era de locos. Había quince mujeres, todas comentando dónde estaban en sus ciclos y todo el dinero que ya habían gastado. Una seguía un tratamiento que le costaba 30.000 dólares por ciclo. Acababa de volver a hipotecar su casa. Las otras hablaban de lo que todavía tenían que vender con el fin de obtener el dinero suficiente para continuar intentándolo. Daba la impresión de que toda su vida estuviera centrada en ese solo problema».

Margaret había estado bastante tiempo recuperándose de una bulimia y de su tendencia compulsiva a comer en exceso. «No hay duda de que el tratamiento para la infecundidad se convierte en una adicción», dice. «Una no sabe cuándo ni cómo parar. Y sigue con la esperanza de que tal vez, quizás, el próximo fármaco o la próxima operación pueda servir.»

Con su marido acordaron hacer un intento con la fecundación *in vitro.* Él ya estaba bastante cansado de todo el asunto de la infecundidad, de tener que eyacular «por exigencia».

«Yo me enfadaba con él —cuenta ella—. A veces, cuando estaba ovulando, él no se mostraba interesado en hacer el amor. Yo pensaba por qué no podía ser como los demás hombres, capaz de eyacular a la vista

de una chica del *Playboy.* Simplemente no le gustaba hacer el amor por exigencia. Cuando le pregunté cómo eran los lavabos en las clínicas para la infecundidad, me habló de la gran cantidad de pornografía que hay en los hospitales y clínicas en los que había dado muestras de semen hasta el momento.»

Cuando me contó esta parte de la historia, comprendí una vez más que con toda nuestra alta tecnología para la infecundidad, seguimos necesitando la mente humana para producir una eyaculación. La mente del marido de Margaret estaba llena de imágenes pornográficas en el momento de la eyaculación, y ella confiesa que seguía el juego: deseaba tener un hijo y él era el donante de espermatozoides. Pero estoy convencida de que la calidad de la energía e incluso las propiedades fisiológicas del semen eyaculado durante el acto sexual con una persona que el hombre ama son totalmente diferentes de las del semen que produce mediante la masturbación en un lavabo de hospital mientras mira pornografía. Cuánto más agradable sería si las eyaculaciones recogidas para una fecundación de óvulos fueran acompañadas por un sentimiento de profundo amor, tanto por la mujer como por el posible hijo.

Margaret me comentó que el médico que le practicó la recogida de óvulos era «muy desagradable». A ella y su marido les dijeron que había un 5 por ciento de posibilidades de que los óvulos no fueran fecundados. Nunca supusieron que tendrían ese problema, pero fueron recogidos nueve óvulos y ninguno de ellos fue fecundado. Los técnicos dijeron que tal vez había «anticuerpos contra los espermatozoides». Así pues, fueron a Boston para que les hicieran cultivos especiales para comprobar eso. Ella recuerda que por ese tiempo se sintió castigada. «Sentía deseos de patear y llorar. Estaba furiosa con Dios. No dejaba de recordar a esas adolescentes embarazadas. Me sentía fastidiada, decepcionada y de mala leche.» No se encontró ningún anticuerpo contra los espermatozoides.

Durante todo ese tiempo, recuerda ella, nadie le habló jamás acerca de cómo se sentía. Desde mi perspectiva como médico siempre parecía jovial, tranquila y animada. Pero después me diría: «Dominarme era mi manera de evitar mis sentimientos. Deseaba tanto que alguien me sentara en sus rodillas y me armara todo el rompecabezas».

De todos modos, Margaret tenía esa «ventana» alrededor de un ovario. Oyó hablar de otro cirujano de Boston con quien quería hablar, y yo la envié a él. Lo encontró muy respetuoso y atento. Le realizó una meticulosa laparoscopia, durante la cual le eliminó muchas de las adherencias. Después ella me dijo: «Esa operación tuvo algo muy especial. Ese cirujano es un verdadero sanador. Es positivo. Después de esa operación supe que había hecho todo lo que estaba en mi mano hacer; supe que ya estaba casi preparada para entregar todo este asunto a mi poder superior».

Por ese tiempo ella y su marido ya habían terminado sus averiguaciones sobre la adopción, y en primavera les dijeron que había un bebé disponible a través de una agencia de México. Adoptaron un bebé varón y después otros dos niños.

Ahora Margaret tiene 43 años. Su marido se quedaba al cuidado de los tres hijos adoptados cuando eran menores de tres años. Ahora todos van a la escuela y los dos comparten su cuidado. Aunque ya no desea más hijos, una vez me dijo: «Me ha hecho falta estar embarazada. Lamento el hecho de que tal vez nunca voy a experimentar un embarazo y que quizá jamás voy a dar el pecho. Mi prima se quedó embarazada hace poco; al verla deseé tener ese tipo de barriga. Me repito una y otra vez: "¿Qué necesito aprender de esto?”. Todavía no lo sé. Sigo sintiéndome mal cuando sé de otras mujeres que se quedan embarazadas. En cierto sentido tengo la impresión de que la relación sexual estuviera sucia; todavía no logro separarla del objetivo de quedar embarazada. Mi marido y yo estamos en un grupo de apoyo con otros padres de hijos adoptivos. Hay quienes piensan que ahora que hemos adoptado hijos me voy a quedar embarazada. Pero las estadísticas indican que esto no es más probable después de una adopción, aunque a veces ocurre. A pesar de que sé que esto no me hace ningún bien, vivo pensando que si hubiera hecho mi trabajo interpersonal estaría embarazada y que debe de haber algo que aún tengo que aprender de esto. No dejo de pensar que si lo descubriera me quedaría embarazada ¡Es como si quedarme embarazada fuera una prueba de que lo he hecho todo bien!».

Finalmente Margaret fue a Nueva York a trabajar con Niravi Payne. Mediante un trabajo profundo sobre su historia familiar descubrió que su madre inconscientemente nunca había deseado tener hijos, aunque ella siempre decía que sí. Margaret captó ese conflicto de su madre dentro del útero y lo interiorizó. Descubrió también que su abuela materna tampoco había deseado tener hijos. Ella iba a romper esa cadena de dolor que le habían transmitido. Al desvelar e identificar los conflictos familiares respecto a tener hijos, logró liberarse de todo el asunto del «anhelo de embarazo». Se siente libre por primera vez en años.

He aprendido muchísimo de Margaret. Me dijo que ninguno de los libros sobre infecundidad dicen nada sobre lo perjudicial que es para la autoestima y el concepto de la propia valía esa lucha sin tregua por superar la infecundidad; muchas parejas la continúan durante años. Aunque nuestra tecnología actual es muy cara y compleja, el índice de bebés nacidos así sigue siendo sorprendentemente bajo. Un artículo aparecido en

The New York Times Magazine en 1994 citaba a Alan DeCherny, director del Departamento de Obstetricia y Ginecología de Tufts y especialista en reproducción: «Ojalá las posibilidades fueran mayores. Se cree que mi trabajo tiene que ser muy agradable. ¿Qué podría ser mejor que ayudar a una pareja infecunda a tener un bebé? Pero la realidad es que me amargan mis fracasos. Son demasiadas las parejas que no lo consiguen». El registo de fecundación *in vitro* de Estados Unidos informa de un índice de éxito de sólo el 17 por ciento por ciclo de transferencia (embriones transferidos al cuerpo de una mujer) en parejas consideradas buenas candidatas. Los índices también varían de un centro a otro, y no hay ningún criterio universalmente aceptado. El «éxito» no garantiza un bebé, sólo significa la capacidad de producir óvulos, espermatozoides y embriones de buena calidad.[47] Incluso con todos estos factores bien, no está garantizado un bebé. (Aunque actualmente en algunos centros garantizan un bebé ¡o devuelven el dinero!). Ahora bien, con el advenimiento de tantos embarazos por donantes de óvulos y embarazos múltiples inducidos por los fármacos para la fertilidad que precisan de «reducción fetal» para librarse del exceso de bebés, hemos entrado en un territorio totalmente inexplorado. No se sabe cómo va a actuar esto en la psique de los hijos y padres involucrados. Lo que sí se sabe es lo siguiente: habrá consecuencias, y el modo en que las afrontemos va a depender de lo conscientes que decidamos ser en lo que hacemos.

Mientras la tecnología les sigue ofreciendo una oportunidad más, las parejas infecundas no pueden condolerse totalmente de su pérdida para luego continuar con su vida. Están atrapadas en una prisión emocional, son rehenes de su esperanza. Pasado un tiempo, es importante para su salud que lo dejen y pasen a otra cosa. El método mente-cuerpo que he esbozado aquí está ayudando a muchas parejas a hacer precisamente eso.

WHITNEY SANAR DE LA INFECUNDIDAD. Una de mis pacientes, después de un largo combate con la endometriosis, una operación quirúrgica y la infecundidad, se sanó a sí misma mediante el proceso de escribir sus sentimientos y hacer dibujos que los ilustraran, con la mano izquierda (la no dominante). Dibujar con la mano no dominante activa el hemisferio derecho del cerebro y facilita la comunicación con imágenes y emociones que es importante integrar conscientemente en el proceso de sanación. También suelen surgir recuerdos de la infancia, porque escribir y dibujar con una mano que no usamos normalmente nos pone de inmediato en un estado «infantil».[48] Este proceso de mi paciente dio origen a un libro que documenta y honra su proceso de sanación.[49]

A consecuencia de su infecundidad, sin embargo, ella y su marido se distanciaron por un tiempo. Así lo describe:

> Con el tiempo se fue formando entre mi marido y yo un gran abismo; entre los dos se alzó una montaña gigantesca e inescalable. Yo no sabía cómo superar o sortear esos obstáculos. Había intentado todo lo que sabía hacer. Había ido a orientación tanto de parejas como individual. Me enfurecía, era cariñosa, lo rechazaba. Me aislé y continué mi camino sola.
>
> Me inventé un rito. Me hice una «hija» de ramas de pino y picea, piñas y bayas. Toda la belleza del bosque entró en la construcción de esa niña. Tenía flores en sus cabellos de agujas de pino. Estaba enfadada por no haber nacido. Le puse mi nombre.
>
> La instalé al lado de un árbol junto al lago. Allí se marchitó y murió. A veces la veía cuando salía a pasear por la orilla del lago. Ahora no queda nada fuera de sus huesos de rama.
>
> No «vivió» mucho, pero hubo energía y belleza en los breves momentos de su vida. Su venida y su ida me ayudaron a enfrentarme al dolor y la tristeza que sentía por no poder tener otro hijo.
>
> Leí libros en busca de modelos de mujeres que hubieran tenido que enfrentarse a la infecundidad. No encontré muchos modelos de tales mujeres, pero en la reina Ginebra encontré finalmente un poco de consuelo. Ella no pudo darle un hijo al rey Arturo y sufrió muchísimo por ello. Me sentía menos sola y menos fea cuando leía el cuento. Descubrí que no todas las princesas que se casan tienen hijos y viven felices para siempre. Había al menos otra mujer igual a mí.

Finalmente, gracias a este proceso de escribir y dibujar comenzó a sanar (véase figura 12).



FIGURA 12. EN BUSCA DE CONEXIÓN

He dejado de culpar a mi cuerpo y de rechazarlo. Estoy aprendiendo a amar mis ovarios, mis trompas de Falopio y mi útero. Hice algunos dibujos en honor de mis órganos reproductores. Me fijé en que al principio estaban totalmente separados de mi cuerpo; en algunos dibujos ansiaban estar conectados. Entonces los dibujé acercándose a *mí,* en busca de conexión.

Gracias a este proceso de dibujar comencé a sentir un ablandamiento y un hormigueo en mis órganos reproductores. Estaba volviendo la vida a mi útero, mis ovarios y mis trompas de Falopio. Llevaban demasiado tiempo sintiéndose muertos y heridos. Les puse nombres: Reina, Princesa, Joya Real, Corazón, Simpatía y Amor.

Finalmente, al ver en mis dibujos cómo había separado mi útero, mis trompas y mis ovarios de mi cuerpo, fui capaz de crear una imagen positiva y amorosa de mí misma y devolver mis órganos reproductores al lugar que les correspondía, donde los miro con gratitud por haberme dado un hijo [de un matrimonio anterior] y hacerme mujer. (Véase figura 13.)



FIGURA 13. REUNIDOS EN ARMONÍA

Pérdidas durante el embarazo

Aborto espontáneo

Aproximadamente uno de cada seis embarazos acaban en aborto espontáneo. Les digo a mis pacientes que el aborto espontáneo es el modo que tiene Dios de acabar con gestaciones que no van a producir bebés sanos. De todas formas, las mujeres que tienen un aborto espontáneo deben lamentar y llorar la pérdida del hijo, aun cuando crean que el embarazo «no estaba destinado a ser». En algunos casos hacen tanto duelo como las mujeres que dan a luz a un niño muerto.

Un aborto espontáneo no aumenta las posibilidades de tener otro, pero muchas mujeres pierden la confianza en su cuerpo después de tener Uno. Llorar la pérdida y aprender a confiar nuevamente son dos cosas importantes para la mujer después de un aborto espontáneo. Otro problema de gran importancia es el sentimiento de culpabilidad: muchas mujeres tienen la errónea impresión de que el aborto se ha debido a algo que ellas han hecho. Yo les digo a mis pacientes que los bebés sanos no se abortan espontáneamente. (Por desgracia, entre las mujeres que fuman sí hay un índice dos veces superior al normal de abortos espontáneos. Y por los estudios realizados sobre los «productos de la concepción», parece ser que estos eran por lo demás fetos normales. Las fumadoras también tienen menos éxito en todos los aspectos de los tratamientos de fertilidad.) En un estudio reciente, realizado por la doctora Claire Infante-Rivard, de la Universidad McGill de Montreal, se comprobó que beber una cantidad de cafeína superior a tres tazas de café diarias durante el embarazo, casi triplica el índice de abortos espontáneos.[50] Si bien estudios anteriores no habían demostrado ese efecto con tanta claridad, las mujeres harían bien en disminuir o eliminar el consumo de cafeína antes de la concepción y durante el embarazo. Si has tenido un aborto espontáneo, no dediques mucho tiempo a tratar de descubrir «por qué». Simplemente siente tus sentimientos y tómate el tiempo necesario para llorar tu pérdida.

Varios estudios indican que en las mujeres que tienen repetidos abortos espontáneos (tres o más) podría haber una interacción entre las emociones y los sistemas hormonales que intervienen en el embarazo. El doctor Robert J. Weil, investigador de los aspectos emocionales de la infecundidad, y C. Tupper escriben: «La mujer embarazada funciona como un sistema de comunicaciones. El feto envía continuos mensajes, a los cuales la madre responde con sutiles modificaciones psicobiológicas. Su personalidad, influida por su situación vital siempre cambiante, puede o bien 1) actuar sobre el feto para mantener constantes su crecimiento y su desarrollo, o 2) generar cambios fisiológicos que pueden conducir al aborto.[51] Son diversos los modos en que el cuerpo de la mujer modula sus sentimientos acerca de su embarazo, pero todos ellos están mediados por los sistemas inmunitario y endocrino. Así, los estudios han demostrado que hay desequilibrios endocrinos a consecuencia del estrés emocional en las mujeres que abortan habitualmente (llamadas «abortantes habituales» en los círculos médicos) y en aquellas que tienen lo que se denomina «cuello del útero incompetente», es decir, que se dilata con demasiada rapidez y entonces el útero no puede retener al bebé. Las mujeres que tienen abortos espontáneos habitualmente o que tienen un cuello del útero incompetente, a veces tienen dificultades para aceptar la maternidad y su papel femenino. Para estas mujeres, la feminidad significa sacrificarse, ser pasivas y sufrientes, y tener que servir y atender a las necesidades de su marido (pero también dominarlo). En estos casos, la mujer se queda embarazada porque «su marido desea tanto tener un hijo». También piensan que «tener un hijo es la principal consecución de la mujer y que no poder tener hijos significa ser incapaz como mujer».[52] Con frecuencia eligen un marido dependiente y callado y tienen una expresión social limitada y poca adaptabilidad. Debido a su reserva, suelen ser incapaces de participar en la vida que las rodea. En estos estudios, las mujeres del grupo de control, que no habían sufrido ningún aborto espontáneo, tenían una imagen mucho más sana de lo que significa ser mujer.[53] En otro estudio se comprobó que las «abortantes habituales» obtienen básicamente su placer en la vida cumpliendo las expectativas de los demás. Responden complacientes a las exigencias de otras personas, aunque en su cuerpo se acumulan la tensión y la hostilidad. Se sienten culpables si expresan sinceramente su rabia ante las exigencias de los demás, y entonces van acumulando la frustración hasta que su cuerpo responde con una enfermedad física. El aborto espontáneo del hijo (la enfermedad «psicosomática» o «autoinmune» en este caso) alivia la tensión que se ha acumulado en su cuerpo. Es interesante observar que cuando muchas de estas mujeres hicieron psicoterapia después y aprendieron a tratar directamente con la rabia en lugar de almacenarla en su cuerpo, el índice de éxito de los embarazos siguientes fue del 80 por ciento, mientras que en aquellas que no hicieron psicoterapia sólo fue del 6 por ciento.[54] También se ha comprobado que las mujeres cuya pareja las apoya o que cuentan con un buen apoyo social son mucho menos propensas al aborto espontáneo o a tener problemas durante el embarazo. El Programa de Fertilidad para la Persona Completa de Niravi Payne ha tenido también mucho éxito en los problemas relacionados con el aborto espontáneo.

Comienzos truncados: La experiencia de un bebé nacido muerto

Cuando hacía mis prácticas como médico residente, una hermosa joven católica dio a luz a dos preciosas gemelas idénticas. Desgraciadamente, las pequeñas estaban enredadas en sus respectivos cordones umbilicales y murieron justo antes de comenzar el proceso del parto (lo cual es muy excepcional). Yo estaba ayudando al médico que asistía el parto, y le pregunté a la madre si deseaba ver a sus dos bebés. Mi intención era envolver a las gemelas en pequeñas mantas y pasar un tiempo con la madre después del parto, acompañándola mientras veía a sus bebés. Pero su médico me reprendió y le dijo a ella: «Regina, es mejor que no las veas. Ahora te vamos a dar algo para dormir y para que puedas seguir con tu vida y olvidar esto. Te dolerá verlas». Mujer obediente, ella accedió. Yo, como médico en periodo de práctica, sabía que no haría bien en discutir con el doctor.

Intuitivamente sabía que ese médico estaba equivocado y que esa madre necesitaba comunicarse con lo que había creado, para no soñar después durante años con bebés sin rostros. Sus hijas eran en realidad muy hermosas. La madre necesitaba ver sus manitas, sus cuerpecitos perfectos y sus caritas angelicales, y saber que su cuerpo los había creado. Es muchísimo más fácil tratar con lo que «es» que con nuestras fantasías de lo que es.

La mayoría de las mujeres necesitan comunicarse con sus «creaciones», con sus bebés nacidos muertos. Si no lo hacen, puede haber problemas emocionales inconclusos. Cuando una pareja tiene un bebé deforme o nacido muerto, necesitan mirar y tocar ese ser, tomar fotos, ponerle nombre y tal vez hacer una ceremonia de algún tipo que reconozca que ese niño o esa niña existió. Actualmente muchos hospitales disponen de cámaras, para que los padres puedan fotografiar a sus bebés enfermos o que han muerto, y así tener algo tangible a lo cual asirse.

Cuando se conoció mejor la obra de la doctora Elisabeth Kübler-Ross sobre el dolor por la muerte y el hecho de morir, con la publicación de su libro *On Death and Dying*,* los hospitales comenzaron a comprender que eludir o negar la muerte no favorecía el proceso de sanación de los pacientes. Demasiadas mujeres que han perdido bebés nunca han llorado apropiadamente su pérdida; de hecho suele decírseles: «Tienes otros hijos en casa», «Puedes tener más hijos» o «Debes ser fuerte». La aflicción se consideraba una especie de autocomplacencia.

Pero lo que no es lamentado totalmente no se puede liberar. (Esto es también un problema de la infecundidad.) Sanar del dolor de una pérdida durante el embarazo es un proceso. Precisa tiempo; precisa que la mujer se dé el tiempo y la libertad necesarios para hacer el duelo y sanar.

Barb Frank me escribió la siguiente carta acerca del inesperado nacimiento de su hijo Micah muerto después de un embarazo normal y sano:

> Me he quedado muy frágil y vulnerable después de esta experiencia. Ha sido un periodo de intenso crecimiento emocional y espiritual. Al principio fue una experiencia de apertura, de permitirme la vulnerabilidad y estar dispuesta a condolerme abiertamente con mis amigos [...]; llorar delante de otras personas y con ellas ha sido muy sanador y una experiencia muy nueva (normalmente me domino y lo programo todo). Esta ha sido también una experiencia transformadora emocionalmente para tres amigas que vinieron a la clínica y pudieron estar un tiempo con nosotros y coger en brazos a Micah, en medio de esa misteriosa energía entre nacimiento y muerte que había en la habitación. Esto ha profundizado muchísimo mi compasión y mi comprensión; ha afectado a mi trabajo de terapeuta ocupacional pediátrica con familias que se enfrentan a sus propios miedos y pérdidas por tener hijos con discapacidades. Ya no les tengo miedo a sus lágrimas ni a su rabia, porque yo he pasado por lo mismo. La necesidad de crearme un espacio y un tiempo para hacer el duelo y reflexionar en medio de días ajetreados me ha aproximado más a una disciplina espiritual de oración y meditación regular, para la que siempre deseé hacerme tiempo; nunca lo logré hasta ahora, cuando he tenido que hacerlo para mi supervivencia emocional. O sea que supongo que he recibido el mensaje.

Barb también escribió una nota para hacer partícipes a los demás del nacimiento de su hijo. La puso en todo, desde las tarjetas de agradecimiento por los regalos que había recibido hasta las tarjetas que entregó durante el funeral, e incluso la puso en algunas tarjetas de Navidad. Dice así:

> *Ante el misterio de la vida y la muerte,*
> *lamentamos la pérdida de nuestro hijo Micah,*
> *que nos acompañó a lo largo de un embarazo*
> *sano y esperanzador,*

* Hay traducción al castellano: *Sobre la muerte y los moribundos*, Grijalbo, Barcelona, 1993.

pero nació muerto el 21 de septiembre con
2,450 kg y 47,5 cm.

A petición de sus comadronas también escribió la siguiente lista de las cosas que la ayudaron durante su proceso de recuperación. Es una lista de cosas muy útiles y universalmente aplicables para ayudar en el duelo por una pérdida de cualquier tipo. Me siento honrada de que me deje incluirla en este libro:

- Al principio, hay que pasar bastante tiempo con el bebé y hacerle fotos para tenerlas y poder enseñarlas después. Algunas parejas también han bañado y vestido al bebé. Una pareja se llevó al bebé a casa para tenerlo con ellos varias horas.
- Que vengan amigos a ver y abrazar al bebé. Esto validó toda la experiencia para mí, ya que nadie habría llegado a conocer a Micah, y en ese sentido no sería «real» para la mayoría de los amigos y familiares.
- Llorar con otras personas y ver a otros llorar nos lo hizo más fácil. Cuando trataban de ocultar sus emociones para parecer «fuertes» o «profesionales», hacían que todo pareciera peor.
- Notas y llamadas telefónicas de personas que habían pasado por la experiencia de la pérdida y podían expresarlo. También nos sirvió mucho hablar con personas que habían pasado un tiempo pensando en lo que habíamos experimentado y fueron capaces de reflexionar y decir algo más que: «No sé qué decir».
- La presencia física de personas y el contacto físico con ellas, sobre todo los primeros días y semanas. Yo sentía la necesidad de «colgarme» de las personas y sentirme conectada y «presente» en el mundo, lo cual es bastante poco característico en mí. Al pasar el tiempo, las llamadas telefónicas siguen sirviendo a esa finalidad, sobre todo cuando necesito estar en contacto con alguien porque lo estoy pasando mal.
- Hacerme un «altar» con los regalos importantes, las notas, las fotos y los recuerdos de Micah. Esta ha sido una manera palpable de recordarlo y honrarlo. Jamás entendí la importancia de los santuarios y los altares de otras culturas hasta que ocurrió esto. Encender una vela (y llevarla por la casa) sigue siendo muy consolador cuando me siento deprimida.
- Recuperar la forma física, haciendo todo el ejercicio que mi cuerpo sea capaz de soportar en cada fase.
- Entregarme a actividades intencionadas. Hacer tareas concretas en la casa, en el jardín; eso me daba la sensación de hacer algo y al mismo tiempo no requería mucha capacidad para resolver problemas (durante un tiempo me sentía frustrada fácilmente, tenía problemas de memoria y no disponía de mucha energía creativa).
- Estar al aire libre. Para mí, volver a trabajar en el jardín me conecta con el ciclo de la vida, me conecta con la Tierra y me da la sensación de esperanza y renovación. Ir a la playa es agradable, pero al principio el mar era casi demasiado intenso emocionalmente, tan infinito y simbólico como una fuente de vida.
- Leer libros y folletos sobre el duelo y la pérdida de un bebé. Muchos los leimos juntos mi marido y yo, en voz alta, lo cual también nos permitía hablar de nuestros sentimientos. Siempre me hacían llorar, pero llorar ha sido positivo e importante. Después me sentía mejor.

Barb continuó con su vida y dio a luz a una niña sana. Me contó que el embarazo fue difícil porque siempre estaba preocupada por la salud del bebé. Pero con el apoyo de sus comadronas y el personal del centro de maternidad lo consiguió y ahora está disfrutando de su hija.

La adopción

A lo largo de los años he trabajado con mujeres que han dado bebés en adopción y con mujeres que han adoptado niños. En el pasado, las agencias de adopción funcionaban en medio de una atmósfera de secreto y negación. Ahora, gracias a los esfuerzos de las madres naturales y los hijos adoptados por igual, los progenitores naturales y sus hijos dados en adopción se están encontrando, a veces con resultados felices, pero otras con una enorme decepción. Tanto dar a un bebé en adopción como adoptar uno tiene sus consecuencias. Dar o adoptar un niño es siempre un estrés emocional para todas las partes involucradas. La adopción es un campo en el que la sociedad está aprendiendo que el secreto no funciona. Sobre todo no funciona en los aspectos de linaje. Los lazos de sangre son muy poderosos, retienen recuerdos antiquísimos. La madre natural y la madre que adopta han de saberlo. Todas mis pacientes que han adoptado niños han reunido cuanta información han

podido sobre las circunstancias de su nacimiento, con el fin de contárselo al niño o la niña cuando llegue el momento. Muchos niños desean conocer su ascendencia. Las madres naturales también casi siempre desean saber dónde están sus hijos y si están bien, aun cuando saben que ellas no podían criarlos adecuadamente. En asuntos de adopción, lo único que funciona es la sinceridad.

Actualmente hay un buen número de parejas estadounidenses que han adoptado bebés extranjeros. No se me ocurre una manera mejor de fomentar la conciencia universal y la comprensión intercultural. Una paciente mía que adoptó dos niños chinos me contó la siguiente historia, que ella titula «Escuchar con el corazón».

En noviembre de 1981, Susan y Bob, su marido, fueron a Taiwán con la intención de adoptar un niño. Al cabo de un mes volvieron como una familia de cuatro, con Anio Nicholas, de casi seis años, y Shao-Ma Annie, de casi cuatro. «La Navidad de 1981 fue una maravillosa celebración del nacimiento de nuestra nueva familia», dice Susan. Al año siguiente, para el día de Acción de Gracias, invitó a todos sus familiares a compartir la festividad con su «nueva» familia. Cerca del final del día de celebración, Annie, sentada en la escalera, le preguntó en tono acusador:

—¿Y para qué entonces fuiste a buscarnos en ese taxi en Taiwán?

Susan trató de imaginar qué podría haber motivado esa pregunta. Entonces se dio cuenta de que por primera vez desde la adopción estaba en una sala llena de gente a la que quería muchísimo, y a la que había estado prestando mucha atención, el tipo de atención que hasta ese momento Annie le había visto prestar solamente a Bob, Nicholas y ella.

Centrándose en la pregunta de su hija, Susan le dijo la verdad: que su vida había sido muy feliz, llena de amigos y familiares, trabajo y diversión, pero que de todas maneras se sentía llena de un amor que no aprovechaba. Y que por eso había ido con su marido a buscar a alguien a quien amar y los habían encontrado a ella y a su hermano. Annie se quedó en silencio, ladeó un poco la cabeza pensativa y después se levantó para ir a lavarse los dientes. Susan se fue tras ella para acompañarla en ese rito nocturno. Mientras Annie ponía pasta dentífrica en los cepillos de las dos, le dijo en tono desafiador:

—Quiero ir a Taiwán a ver a mi madre china.

A la niña ya le habían explicado que no se sabía nada de su madre y que no se sabía tampoco quién la había llevado al orfanato. Susan comprendió que el deseo de su hija de ir a Taiwán en ese momento era simbólico e importante.

—¿Quieres que yo te acompañe o prefieres ir sola? —le preguntó.

—Sola —contestó Annie.

Susan se sintió abrumada por una sensación de pérdida, vacío y desesperación. Después me diría: «Yo hervía por dentro y hubiera deseado decirle: "Pero, ¿y yo? Yo te quiero y te he querido con todo mi corazón desde el primer momento. ¿Qué voy a hacer yo?"».

Entonces miró a su hija y comprendió que su nostalgia de su madre china era sencillamente una parte natural de su historia y de la persona que era. «En su amor por una mujer a la que probablemente no conoceríamos jamás ninguna de las dos, Annie me estaba haciendo partícipe de su yo más íntimo. Yo podía unirme a ella en ese momento, en lo más profundo de su ser, en su amor, o podía cerrarme o excluirme. Así pues, finalmente, yo, la que siempre hablaba, simplemente escuché, de un modo activo y doloroso, con mi corazón.»

Varias navidades después, Susan y Bob iban caminando con Annie columpiándose entre ellos, cogida de sus manos. La niña se elevó muy alto y mientras Bob y Susan se miraban a los ojos por encima de ella, gritó hacia el cielo:

—¡Hola, mamá china! ¿Cómo estás? ¡Yo soy muy feliz y deseo que tú también! ¡Te quiero! ¡Adiós!

Una vez participé en una maravillosa ceremonia de adopción con una pareja, infecunda durante mucho tiempo, que encontraron un niño para adoptar con la ayuda y las oraciones de sus familiares y su comunidad. Muy pronto después de la adopción llevaron al bebé a una gran reunión para compartir con todos nosotros su felicidad. Yo recomendaría una ceremonia similar a todos los que adopten un niño. Es una manera conmovedora y consciente de introducir a un niño en su nueva comunidad.

Con solemnidad ritual, la mujer que dirigía la ceremonia pidió a los padres adoptivos que cogieran al bebé en brazos y lo fueran presentando a todos los miembros de nuestra comunidad, que formábamos un círculo, para que recibiera la bienvenida. Al mismo tiempo, pidió a los asistentes que habían sido adoptados que por favor se pusieran en el centro del círculo durante la ceremonia. Después que cada uno de nosotros dio la bienvenida al bebé, se dirigió a las personas que formaban el círculo interior diciéndoles: «Que este día en que damos la bienvenida a este nuevo bebé y celebramos su nacimiento y a sus nuevos padres sea para vosotros el símbolo de que sois muy deseados, que siempre fuisteis profundamente deseados. Y que de ahora en

adelante, os haya ocurrido lo que os haya ocurrido en el pasado, sepáis lo importante que fue vuestro nacimiento y que, al ver lo muy deseado y bendecido que es este niño, afirméis lo mismo para vosotros».

Esa ceremonia fue muy sanadora en muchos aspectos para muchas personas y estuvo impregnada de maravilla y esperanza.

La fertilidad como metáfora

> Hemos de tratar los problemas económicos y sociales que son las causas primordiales de los elevados índices de fertilidad: la pobreza generalizada *y* la opresión de las mujeres. [...] Cuando las mujeres de todas partes tengan el control de sus opciones reproductivas, bajarán las tasas de fertilidad.
>
> The Union of Concerned Scientists
> [Unión de Científicos Preocupados]

> La maternidad no es simplemente el proceso orgánico de dar a luz [...], es comprender las necesidades del mundo.
>
> Alexis DeVeaux,
> fundadora y patrocinadora de MADRE,
> organización benéfica latinoamericana

El aumento de la población de la Tierra se está produciendo a un ritmo que supera el de nuestros medios para sustentarla. Los seres humanos hemos sido muy listos al producir más y más alimento con menos y menos cantidad de tierra. La Unión de Científicos Preocupados escribe: «Nuestra especie sencillamente no puede sobrevivir al acelerado crecimiento demográfico, al irresponsable despilfarro de los recursos de la Tierra y la continua destrucción de nuestro medio ambiente. [...] Cada día hay un cuarto de millón más de personas que el día anterior. Cada semana debemos encontrar la manera de alimentar a otra ciudad del tamaño de Filadelfia. Cada mes hemos de extraer recursos adicionales de la Tierra para mantener viva a otra Nueva Jersey. Y cada año añadimos otro México entero a la carga de este pequeño planeta».[55]

Llega a su fin la época de productividad ilimitada sin reponer. Como mujeres tenemos el deber de utilizar nuestra creatividad innata, nuestro poder femenino, para regenerar nuestro planeta y también para producir la siguiente generación. Ya no podemos tener un bebé tras otro sin pensar en las consecuencias. Muchas ya no toleramos usar pañales desechables por lo que sabemos que causan en los vertederos de basura de nuestro planeta; pero también hemos de considerar el hecho de que un niño corriente de Estados Unidos usa cincuenta veces más recursos que un niño nacido en el Tercer Mundo. Pocos temas son tan polémicos como el crecimiento demográfico, y no es mi intención entrar en ese debate aquí.

En Estados Unidos, como en todas partes, las mujeres que no tienen medios para mantener a sus hijos tienen un niño tras otro. Todos los profesionales de la salud hemos oído personalmente a mujeres hablar de tener otro hijo para recibir más dinero de la Seguridad Social. Esas son las madres que corren más riesgo de tener problemas en el parto, y de tener bebés de crecimiento retardado y bebés prematuros. Pero los problemas de esas mujeres son síntomas del desequilibrio de nuestra cultura, no son el problema. El problema subyacente es el trato que da la sociedad a las mujeres y los ciclos de pobreza, maltrato y abuso en que están atrapadas estas jóvenes.

El 60 por ciento de las madres adolescentes son víctimas de abuso sexual. Casi instintivamente se emparejan con hombres que después las abandonan. Eso es lo único que conocen, un compromiso prematuro que las mantiene atrapadas. El único papel que ven disponible para ellas es el de portadoras de bebés. No saben que tienen otras opciones. Cuando creen que es poco más lo que pueden hacer, tienen bebés. El ciclo continúa.

Pero ¿y si comenzáramos ya a enseñar a nuestras jóvenes que tienen una valía innata y que aunque pueden elegir tener un bebé, también hay muchas otras oportunidades abiertas a ellas? ¿Y si supieran que sus ciclos menstruales forman parte de su conexión sagrada con la Tierra y la Luna, y que su sexualidad no tiene necesariamente que ser compartida con un hombre? ¿Que pueden tenerlo todo en sí mismas si así lo deciden? ¿Y si no midieran su valía por el hombre que es padre del hijo que tienen o por el hombre con quien se acuestan? ¿Y si supieran que su vientre, tengan o no tengan hijos, es el centro de creatividad de su cuerpo, y que el útero tiene su propio significado y su propio valor, aparte de ser un posible portador de hijos?

Es necesario que ampliemos el significado de las palabras «fertilidad» y «nacimiento». Hemos de comenzar a considerar el poder femenino de parir por lo que es: la base de toda creación. Cuando suficientes

mujeres perciban su poder femenino creativo que nos es inherente a todas y cada una, el mundo cambiará. Cuando las mujeres utilicemos este poder, los hijos, las ideas y el nuevo mundo que daremos a luz serán sustentadores de todos los seres, incluidas nosotras.

Ya sea que elijamos o no el embarazo, todas tenemos codificado en nuestras células el conocimiento de lo que es concebir, gestar y parir algo que se desarrolla a partir de nuestra propia substancia. No es necesario tener un bebé para aprender a parir. El parto, ya sea físico o metafórico, nos enseña a no combatir el proceso de dar a luz, sea lo que sea lo que demos a luz, incluso aunque duela y deseemos renunciar.

En cierto sentido todas tenemos abortos espontáneos, abortos inducidos, partos disfuncionales y bebés nacidos muertos, así como creaciones hermosamente formadas. Por desgracia, en el patriarcado se nos ha enseñado que las creaciones que no son «perfectas» no «valen». Lo que con demasiada frecuencia el patriarcado ha considerado un fracaso es en realidad parte del todo del cual podemos aprender. No es necesario pasar físicamente por estos procesos para comprenderlos y sanar de ellos; son procesos inherentes a la naturaleza.

Cada mujer debe encontrar su verdad sobre cómo utilizar su fertilidad o sanar ese aspecto de su vida. Yo no pretendo saber lo que es mejor para otra mujer, sólo ella puede descubrirlo. Lo que sí espero y deseo es que esta sección te haya estimulado a mirar más profundamente las experiencias de creación de tu cuerpo y te haya servido para comprender y sanar.

12
El embarazo y el parto

Durante toda la eternidad Dios está en la cama de parto dando a luz. La esencia de Dios es Parir.

MAESTRO ECKHART

El embarazo tiene enormes consecuencias tanto para la madre como para el hijo. Tener un bebé rara vez es una decisión racional o lógica y no se puede tomar sólo con el intelecto, pero sí puede tomarse conscientemente y con el corazón. Mi deseo para todas las mujeres es que adquiramos la valentía necesaria para elegir la concepción consciente y juiciosamente.

Cuando recuerdo mis motivos para tener hijos, veo lo emotiva, instintiva, inconsciente y «tribal» que fue mi decisión. El impulso biológico es todavía muy fuerte. Y muchas otras mujeres han ansiado tener otro bebé incluso sabiendo que otro hijo agotaría sus recursos físicos y emocionales de una forma nada sana. A algunas mujeres sencillamente les encanta estar embarazadas. Otras adoran a los bebés y desean tener uno junto a ellas todo el tiempo. Algunas son incluso adictas a tener bebés y parir, en parte porque eso es lo único que es totalmente «suyo» en su estructura familiar. He trabajado con muchas mujeres que se han obsesionado por tener otro hijo cuando bordeaban los cuarenta, en parte para postergar otros cinco años la decisión de qué hacer con su vida.

El embarazo se puede utilizar como una forma de llenar un vacío que otro ser humano no puede nunca llenar. Hemos de conocernos íntimamente a nosotras mismas para poder intimar con otro ser humano. Cuando se trae al mundo a un bebé para que llene necesidades insatisfechas de un adulto, ese hijo va a llevar la carga injusta y muchas veces dañina de las expectativas imposibles de un progenitor.

El embarazo es un proceso milagroso y debería ser un periodo en que la mujer se esfuerza todo lo posible por armonizar su cuerpo y su bebé con el apoyo de su entorno. Durante siglos las parteras asistieron a las madres durante el embarazo y el proceso del parto, estando *junto* a ellas y proporcionándoles ayuda médica y emocional. La misma palabra «obstetricia»* deriva del latín *stare,* que quiere decir «estar al lado». El cuerpo de la mujer sabe parir instintivamente, y reaccionará adoptando posiciones que la animen a moverse de las formas que le convengan y a emitir los sonidos que necesita hacer. La obstetricia moderna, sin embargo, ha pasado de ser un «estar al lado» natural y paciente, que permite a la mujer reaccionar naturalmente, a una práctica dominante y muchas veces invasora. El condicionamiento social de las mujeres nos hace recurrir a especialistas en el embarazo, de modo que la mayoría nos hemos desconectado de nuestro conocimiento y nuestro poder innatos sobre el parto, como también han hecho esos especialistas, que se fían de análisis y máquinas para que les digan la manera de asistir el parto. Yo tuve una vaguísima percepción de esto durante mis años de formación, cuando me preguntaba por qué eran tan numerosas las cesáreas. Pero a pesar de haber asistido partos durante casi diez años y haber tenido dos hijas, sólo estos últimos años he llegado a comprender que la experiencia del embarazo y el parto de la mayoría de las mujeres no está ni siquiera cerca de ser todo lo capacitadora y poderosa que podría ser.

Nuestra herencia cultural: El embarazo

El embarazo considerado una enfermedad

Cuando mi madre era joven, se consideraba que las mujeres embarazadas no debían salir mucho de su casa ni viajar. Las ropas maternales —que incluían ese anatema— y la faja maternal eran feas y no favorecían la imagen corporal de la mujer. Muchas mujeres perdían su empleo si quedaban embarazadas. Y para las que no lo perdían no había permiso maternal oficial, y esto continuaba así incluso a comienzos de los ochenta. Siendo la primera médica en mi trabajo anterior que tuve un permiso maternal, me tropecé con cierto resentimiento por parte de mis colegas, que pensaban que el embarazo no debía tratarse de la misma manera que una pierna

* Ahora es más común «tocología», que viene del griego *tokos* (parto), y en castellano significa lo mismo que obstetricia. *(N. de la T.)*

fracturada, porque era, al fin y al cabo, una «discapacidad elegida» sobre la cual yo tenía cierto control. Ciertamente hemos avanzado muchísimo desde entonces, pero pretender que una mujer embarazada es exactamente igual que todas las demás y que no tiene nececesidades especiales, es una actitud miope, que pone en peligro la salud de la futura madre y del bebé. Al parecer nuestra cultura no logra encontrar un feliz término medio.

El embarazo, sea deseado o no, es un periodo especial que hace necesario que la mujer se organice para tener más descanso y cuidado. De otro modo podría experimentar un mayor cansancio o un parto prematuro o sufrir de toxemia gravídica.[1] Los estudios han demostrado que las mujeres que no reciben apoyo o están excesivamente estresadas durante su embarazo tienen más probabilidades de resultados adversos.

Prevención del parto prematuro, la toxemia gravídica y la presentación de nalgas

Pese a la enorme cantidad de investigaciones realizadas en este campo, el índice de partos prematuros no ha bajado en los cincuenta últimos años. Ocurre en el 10 por ciento de los embarazos y es causa de más muertes de bebés que ningún otro factor, a excepción de los defectos de nacimiento. Aunque se han empleado muchos medicamentos para intentar detener el parto, estos sólo han tenido una utilidad limitada y no han influido de forma importante en el índice de partos prematuros. Mientras no se preste atención a la conexión mente-cuerpo, no es probable que ese índice se reduzca. Está bien documentado que los vasos sanguíneos del útero son sumamente sensibles a la estimulación del sistema nervioso simpático y que las hormonas que acompañan al estrés de todo tipo pueden provocar cambios en el flujo sanguíneo que va al feto.[2] Sin embargo, cuando se toma en consideración este aspecto del embarazo, los resultados son muy alentadores.

En un estudio de 64 mujeres, el doctor Lewis Mehl descubrió que los factores psíquicos como el miedo, la ansiedad y el estrés, la falta de apoyo por parte de la pareja, la mala identificación con el papel de madre, las creencias negativas acerca del parto y la falta de apoyo por parte de amigos y familiares, pronostican partos que hacen necesaria la intervención obstétrica, desde la cesárea hasta un aumento del uso de oxitocina o la inducción del parto. En otro estudio se comprobó que la hipnoterapia tiene un papel estadísticamente importante en la prevención de los factores emocionales negativos que pueden conducir a practicar una cesárea, aumentar el uso de oxitocina o inducir el parto. Mehl también ha empleado la hipnoterapia para prevenir los partos prematuros. A cada mujer que se sometió a la hipnoterapia se la tranquilizó diciéndole que lo estaba haciendo lo mejor posible, se le pidió que dijera qué tensiones sentía y luego se le dio la sugestión de que su cuerpo sabía qué hacer para mantener a salvo a su bebé. Cuando disminuyeron el miedo y la ansiedad mediante la hipnoterapia, también disminuyeron los resultados adversos.[3]

Se hizo un estudio de seguimiento de mujeres que tenían un historial de tres abortos espontáneos consecutivos a los que no se les pudo encontrar ninguna causa médica. En el siguiente embarazo, se les practicó una sutura en el cuello del útero para mantener el embarazo. El 80 por ciento de estas mujeres sufrieron una grave depresión posparto, mientras que en el grupo de control sólo el 11 por ciento experimentaron depresiones leves o moderadas. Los autores del estudio concluyeron que «esas mujeres habían sido obligadas a ser madres».[4] Cuando las mujeres que tienen graves conflictos emocionales respecto a la maternidad no tratan estos problemas, los conflictos se pueden exacerbar después del parto y provocar una crisis emocional. Está claro que los resultados adversos del embarazo se podrían prevenir con métodos que ayuden a la mujer a identificar y trabajar las tensiones que pueden afectar tan profundamente a su cuerpo preñado y a su bebé no nacido.

En mi opinión, el principal factor causal de los malos resultados es que el embarazo no sea deseado o no haya sido planeado. Los datos actuales sugieren que al menos un 50 por ciento de los embarazos no han sido planeados.[5] Es mucho más difícil determinar cuáles no son deseados, porque muchas mujeres se adaptan bien a los embarazos y acaban deseándolos. Esa actitud ambivalente respecto al embarazo es un campo abonado para las complicaciones, a no ser que la mujer logre resolver sus sentimientos durante el embarazo (véase el capítulo 11). Una mujer que cree (por lo general, inconscientemente) que debe acabar su embarazo lo más pronto posible para continuar con su vida, superar de una vez por todas ese estado o «recuperar su cuerpo», podría tener un parto prematuro u otro trastorno que acabe más pronto con el embarazo. Numerosos estudios han documentado los profundos efectos de las variables psíquicas en el resultado del parto, es decir, la correlación entre la mala disposición emocional y física de la madre durante el embarazo y el parto prematuro.[6] Estudios con animales han demostrado que la muerte del bebé dentro del útero podría estar relacionada con una marcada ansiedad de la madre. A monas, cobayas y conejas embarazadas sometidas a estrés emocio-

nal, la circulación sanguínea del útero y la placenta se les reducía, a causa de la adrenalina liberada en reacción al estrés. En consecuencia, los fetos no recibían suficiente oxígeno y muchos morían por asfixia. La ansiedad y el estrés de la madre también pueden ser causa de que se constriñan los vasos sanguíneos por la liberación de hormonas y neurotransmisores en el torrente sanguíneo. Esto reduce el oxígeno que recibe el bebé y podría estar relacionado con complicaciones durante el embarazo, como la abrupción placentaria (desprendimiento prematuro de la placenta), la placenta previa (la placenta cubre la abertura cervical, lo cual puede producir hemorragia y/o un parto prematuro), el prolapso del cordón umbilical, el cordón alrededor del cuello y la presentación de nalgas.[7]

Así como a través de su cuerpo la madre comunica instantáneamente el estrés que siente a su bebé no nacido, también puede aprender a comunicarle emociones sanas. Después de todo, el bebé es una parte del cuerpo de la mujer embarazada. Mi experiencia me ha enseñado que cuando la mujer aprende a conectar con su guía interior puede mantener a salvo a su bebé e incluso interrumpir un proceso de parto prematuro y detener el avance de la toxemia gravídica. Evidentemente, las mujeres que tienen un mayor riesgo de parto prematuro y toxemia gravídica han de estar dispuestas a dejar de trabajar, descansar más y cambiar sus pautas dañinas de comportamiento y pensamiento. El trabajo pionero de Lewis Mehl ha demostrado que la intervención prenatal consistente en apoyo social, educación y ayuda durante el embarazo y el parto en un grupo de jóvenes menores de edad reducía el consumo de alcohol y tabaco, disminuía el estrés y mejoraba de forma importante el resultado del parto.[8]

La toxemia gravídica

La toxemia gravídica (o preeclampsia) es un síndrome en el cual la mujer embarazada se hincha, y le sube la presión arterial y el nivel de proteínas en la orina. Las mujeres que tienen enfermedades renales y la tensión arterial alta son más propensas a este trastorno; la diabetes también aumenta la propensión. La toxemia gravídica es la principal causa de parto prematuro y discapacidad durante el embarazo. Si no se trata, puede conducir a convulsiones, y entonces el trastorno se llama eclampsia. Nadie «abe exactamente qué causa la preeclampsia, aunque hay muchas teorías. En un estudio se colocaron electrodos en los nervios adyacentes a los vasos sanguíneos de cuatro tipos diferentes de mujeres: embarazadas con la presión arterial alta, no embarazadas con la presión arterial alta, embarazadas con la presión arterial normal y no embarazadas con la presión arterial normal. Se comprobó que las mujeres que sufrían de preeclampsia tenían una elevada actividad nerviosa simpática, lo que provocaba el estrechamiento de los vasos sanguíneos con el consiguiente aumento de la presión arterial. Es bien sabido que el sistema nervioso simpático interviene en la reacción de lucha o huida y el estrés. Uno de los autores de este estudio sugirió que el motivo de que les suba la presión arterial a las mujeres preeclámpticas es que tienen «un defecto en el sistema central procesador de conflictos», que podría aumentar los niveles de ciertas hormonas que no sólo producen un aumento en la presión arterial, sino que también están asociadas a los sentimientos de ansiedad y hostilidad.[9]

Otros estudios de mujeres embarazadas con toxemia gravídica indican que estas se sienten menos atractivas, menos amadas y más desvalidas que las mujeres embarazadas que no presentan este trastorno. Son excesivamente sensibles a las opiniones de los demás y se orientan hacia lo que los demás esperan de ellas. Para estas mujeres, el embarazo significa una crisis adicional que se suma al estrés de su vida ya excesivamente estresada. Aunque consideran una crisis el embarazo, están mal equipadas para hacer frente a sus emociones al respecto. Son incapaces de arreglárselas con lo que perciben como expectativas de los demás y se toman muy a pecho las menores críticas e injusticias que se les hacen. Sin embargo, no demuestran exteriormente que esto les afecte, aunque su cuerpo refleja este estrés con una mayor presión arterial. Con frecuencia tienen conflictos con sus jefes, y suele subirles la presión cuando intentan negociar su permiso de maternidad. Suelen tratar de tenerlo todo arreglado antes del parto. En comparación con las mujeres que no sufren de toxemia gravídica, sus emociones se manifiestan físicamente a través del sistema nervioso autónomo (inconsciente): se ruborizan con frecuencia en la cara y el cuello, hablan muy rápido, les sube la presión, sienten mareos y tienen palpitaciones.[10] En un estudio se observó que, comparadas con las del grupo de control, las mujeres que sufren un conjunto de trastornos, entre ellos un aumento de peso excesivo, la rotura prematura de las membranas (una de las causas principales de parto prematuro) y la toxemia gravídica, sienten mucha ansiedad, aislamiento social e hipocondría.[11] Si la mujer entiende lo que significa que un bebé esté en la sala de cuidados intensivos para bebés, puede comenzar a ver su propio cuerpo como el mejor espacio posible de cuidado intensivo para su bebé, por no decir el más barato.

La presentación de nalgas

En nada es más interesante la conexión mente-cuerpo que en el caso de la presentación de nalgas, en la cual, en lugar de la cabeza, el bebé tiene los pies o las nalgas orientados hacia la salida. Cuando la mujer ha llegado a su 37 semana de gestación, normalmente su bebé ya está colocado en presentación cefálica. Pero el 3 por ciento de las veces estará situado en presentación de pies o de nalgas. Aunque el bebé podría darse la vuelta en cualquier momento, la probabilidad estimada de que después de 37 semanas de gestación el bebé cambie espontáneamente a presentación de vértice (la cabeza primero) es sólo del 12 por ciento. Si la mujer comienza el proceso del parto con el bebé en posición de nalgas, casi siempre ha de hacérsele una cesárea. Algunos bebés se presentan de nalgas por motivos estructurales, por ejemplo un septum o tabique dentro del útero que puede obstaculizar la posición del bebé. Pero en la mayoría de los casos no hay ningún motivo médico conocido para la presentación de nalgas. Está claro que en algunos casos el bebé está en esa posición debido a la tensión de la madre en la zona inferior de su cuerpo. Se ha observado que entre las mujeres nerviosas o aprensivas se da un mayor índice de presentación de nalgas, atribuible al hecho de que el miedo, la ansiedad y el estrés pueden activar los mecanismos del sistema nervioso simpático que causan rigidez en el segmento inferior del útero.[12] Mi colega obstetra Bethany Hays piensa que un bebé podría estar en posición de nalgas debido a que trata de estar más cerca de los latidos del corazón de su madre, para sentirse más conectado con ella.

Lo esencial para permitir que el bebé se dé la vuelta espontáneamente es ayudar a la madre a relajar la tensión en el segmento inferior del útero. Hay varias maneras de hacerlo. Algunas mujeres han descubierto que la digitopresión les da buenos resultados (véase figura 14). Yo personalmente he tenido un índice del 40 por ciento de éxito en enseñar a las madres un tipo de respiración bioenergética que va bien para relajar la parte inferior del abdomen y el segmento inferior del útero, permitiendo así que el bebé se dé la vuelta. La doctora Hays también dice que si logra que las mujeres relajen los músculos abdominales inferiores, muchas veces puede dar la vuelta al bebé con facilidad. (Esta vuelta manual se llama «versión cefálica externa».) El doctor Lewis Mehl ha demostrado que se puede usar la hipnosis para cambiar la posición de nalgas con un índice de éxito del 81 por ciento, comparado con un índice del 41 por ciento en el grupo de control.[13] El doctor Mehl también ha usado la hipnosis para disminuir el número de cesáreas en mujeres con riesgo y para reducir el uso de oxitocina con el fin de inducir el parto.

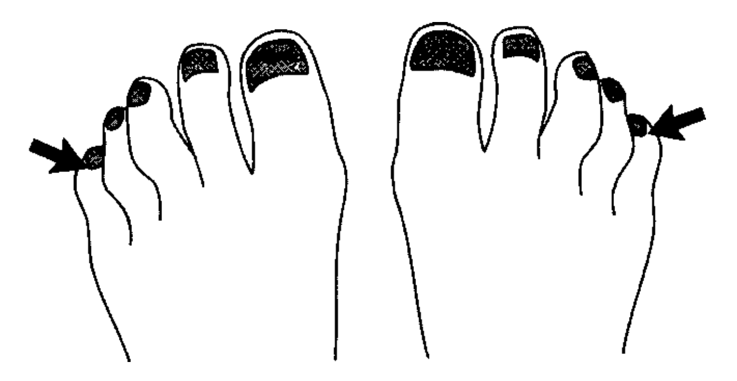


FIGURA 14. PUNTOS DE ACUPUNTURA O DIGITOPRESIÓN PARA CAMBIAR LA PRESENTACIÓN DE NALGAS

Se pueden usar un buen número de técnicas diferentes para estimular estos puntos, entre ellos las agujas de acupuntura o un tratamiento por calor llamado «moxibustión». Si no encuentras un acupuntor que esté familiarizado con estas técnicas, puedes probar con la digitopresión si tu médico lo aprueba. Presiona el punto en cualquiera de los dos dedos con la uña de un dedo de la mano. Presiona lo suficiente para sentir sensible esa zona, pero no tanto que cause dolor. Mantén la presión durante uno o dos minutos, una o dos veces al día. Inmediatamente después ponte en la posición rodillas junto al pecho durante unos quince minutos (esta posición también contribuirá a dar la vuelta al bebé). Puedes comenzar a usar esta técnica a partir del séptimo mes de embarazo (es probable que el feto se dé la vuelta antes él solo). No intentes hacerlo si tienes alguna anormalidad uterina o pelviana, un historial de abortos espontáneos, o si has tenido algún otro problema durante el embarazo. No olvides consultar con tu médico antes de comenzar.

La mentalidad colectiva de urgencia

El embarazo es un periodo en el cual el sentido común suele, con demasiada frecuencia, salir volando por la ventana, perseguido por una cultura que está desequilibrada. Nunca es más evidente la conexión o desconexión de la mujer con su guía interior que durante el embarazo. Repentinamente su cuerpo ya no le pertenece. Todos sus familiares le dan consejos sobre qué comer, qué ropa ponerse y qué hacer. Cuando estaba embarazada me sorprendía ver cómo personas totalmente desconocidas se me acercaban, me daban palmaditas en el vientre y me hacían recomendaciones. Al parecer las amigas se creen en el deber de contarle a la embarazada las peores historias que se les ocurren sobre cesáreas, los dolores del parto y los partos malogrados. (Esto es otro ejemplo de patriarcado interiorizado: la glorificación del dolor y la destrucción, por encima de las cualidades favorecedoras de la vida que están latentes en el embarazo y el parto.) Yo me sentía afortunada por ser ginecóloga, ya que eso me evitó oír todas esas historias de terror. (Tal vez pensaban que yo ya estaba «educada» porque conocía todas esas terribles historias.) Las historias bélicas sobre los rigores del parto suelen transmitirse de generación en generación. No es infrecuente que las madres les digan a sus hijas: «Ahora te vas a enterar de cuánto sufrí contigo».

En un cierto plano muy profundo, todos sentimos un temor reverencial ante las mujeres embarazadas y su poder. Pero en lugar de acentuar el poder de la mujer, nuestra cultura, en la clásica inversión patriarcal, acentúa el miedo que provoca ese poder. Las mujeres embarazadas son más permeables a las emociones y están más conectadas con su intuición que de costumbre, y por lo tanto son más vulnerables. Captan todo ese miedo social y colectivo que provocan.

Las imágenes que presentan los medios de comunicación de mujeres embarazadas que se caen al suelo y chillan algo así como: «¡Ay, cariño, el bebé!», refuerzan en nuestra psique la idea de que el embarazo es un periodo de enorme peligro e imprevisibilidad. Falsamente nos recuerdan que el embarazo, igual que nuestro cuerpo femenino, es un desastre en potencia. En todos los hospitales donde he trabajado, se lleva a toda prisa a la sala de partos a las mujeres embarazadas que llegan a urgencias, aunque hayan ido allí por otro problema. En Boston, una vez el personal de urgencias hizo subir a la sala de partos a una mujer a mitad de embarazo que tenía la pierna fracturada.

Esta mentalidad de urgencia es particularmente dañina para las mujeres que tienen bebés pasados los 30 o 40 años. Se considera que la mayoría de las embarazadas mayores de 30 años, si no todas, corren un mayor riesgo de complicaciones que si fueran veinteañeras. Esta percepción de mayor riesgo no es necesariamente cierta y depende de la salud de cada mujer. Recuerdo la primera vez que vi a una mujer embarazada mayor de 30 años. Yo estaba en la sección prenatal del Hospital Mary Hitchcock, durante mi segundo año de carrera, y pensé que esa mujer era muy excepcional y valiente para tener su primer bebé a los 32 años. Recuerdo que pensé que ya era mayor para eso, aunque yo ya tenía 23 años y el embarazo y tener hijos estaban muy lejos en mis planes. Al mirar en retrospectiva, comprendo que esa mujer estaba en los inicios de una tendencia que comenzó en los años setenta y que ha continuado hasta los noventa: dejar para más adelante la experiencia de tener hijos.

Siempre me ha molestado la expresión «primigrávida mayor», que los médicos usan para referirse a las mujeres que van a tener su primer bebé pasados los 35 años, e incluso pasados los 30, según el médico. Si corre más riesgos o no la mujer mayor de treinta años, es algo que debe ser totalmente individualizado. Yo prefiero asistir a una mujer de 40 años de excelente salud que ha planeado su embarazo que a una de 25 que fuma dos paquetes de cigarrillos y bebe cuatro litros de refrescos *light* al día. Con demasiada frecuencia la profesión médica «hace un maleficio» a las mujeres que se quedan embarazadas pasados los 30 y 40 años al ponerlas en categorías de alto riesgo estadístico que no son aplicables necesariamente. Las mujeres mayores embarazadas, así como las que se han sometido a tratamientos de fertilidad y se han quedado embarazadas, corren más riesgo de que se les practique una cesárea. Pero en muchos lugares, a la mujer mayor se le va a decir que es muy conveniente hacerle una cesárea porque el suyo es un «embarazo extraordinario» (en oposición al de una madre veinteañera, cuyo éxito «no importa» tanto porque «¡siempre puedes tener otro, tienes tiempo!»). «Embarazo extraordinario» significa que, puesto que se supone que la madre va a estar o está más angustiada (o la hace estar angustiada su cultura o su médico), debemos tratarla de modo diferente. Esto es un reflejo del trabajo emocional inconcluso del propio equipo de asistencia médica.

De hecho, la edad no es una medida absoluta de la intensidad o duración del proceso del parto. La edad cronológica (los años que tenemos) y la edad biológica (el estado de nuestros tejidos) no van necesariamente ligadas. Mi amiga más íntima tuvo su primer bebé a los 41 años. La primera fase de su proceso del parto sólo duró tres horas, muy corta, medida por cualquier criterio. Y si no hubiera sido tan estrecha de cade-

ras, habría dado a luz en un total de cuatro horas. Otras mujeres mayores pacientes mías han tenido embarazos y partos igualmente buenos.

Una de las cosas más agradables de que las mujeres tengan su primer bebé alrededor de los cuarenta años es que a esas edades estas mujeres ya se han establecido en el mundo exterior laboral y profesional. Cuando tienen su bebé, se toman el tiempo necesario para disfrutarlo. Ya saben lo que es estar «ahí fuera». Comprenden las limitaciones del mundo empresarial y están dispuestas a dejar de lado sus «beneficios» para revalorar su vida a través del papel de madres. Muchas han tenido tiempo de conectar con su cuerpo a lo largo de los años y se sienten más a gusto consigo mismas de lo que se sentían entre los 20 y los 30. En mi opinión, estas mujeres corren menos riesgos.

El poder transformador del embarazo

Las mujeres deberían saborear y celebrar el embarazo, la gestación de la siguiente generación, como el milagro que es, un periodo esencial en el desarrollo de su hijo o hija. Esto no significa que debamos pensar que el embarazo es una enfermedad ni que se nos deba tratar con guantes de seda mientras estamos embarazadas. De todos modos, es un periodo en que necesitamos un tiempo de silenciosa reflexión para sintonizar con nuestro cuerpo y descansar. La hormona progesterona, liberada naturalmente durante el embarazo, tiene efectos calmantes y tranquilizantes (también relaja y hace más lento el intestino, lo cual puede ser causa de estreñimiento en algunas mujeres). El cuerpo realiza muchísimo trabajo interior haciendo crecer un bebé. El curso del embarazo influye en el vigor de la constitución del hijo durante el resto de su vida. Me sorprende que esta cultura haya sido tan incapaz de valorar el hecho de que, en términos relativos, cuarenta semanas de gestación es un periodo muy corto en la vida de una mujer. Sin embargo, es un periodo esencial para la salud de la generación siguiente.

Puesto que nuestra cultura valora más a la mujer durante los años en que tiene hijos, y puesto que la mujer tiende a cuidarse mejor durante el embarazo que en cualquier otra época, el embarazo es para ella una fabulosa oportunidad para aprender más sobre sí misma y su poder. El bebé es una parte de su cuerpo, de modo que la comunicación interior positiva entre los dos se traduce en una mayor confianza mutua que continúa después del nacimiento.

La buena calidad de la atención y la educación que se reciba durante el embarazo prevendría un incalculable número de costosos problemas posteriores, entre ellos muchos casos de parto prematuro, retraso en el crecimiento físico y/o mental, y discapacidades físicas y de aprendizaje, todos los cuales hacen mucho más difícil el proceso de ser padres. El trabajo de Lewis Mehl también ha demostrado que disminuirían muchísimo los malos efectos del tabaco, el alcohol y las drogas, dado que la mayoría de las mujeres consumen estas substancias a causa del miedo, la ansiedad y la vulnerabilidad que sienten. El cuidado de las mujeres embarazadas, que son muy poderosas y vulnerables al mismo tiempo, debería ser la principal prioridad en la nación.

Una tocóloga embarazada

Cuando me quedé embarazada de mi primera hija, hacía poco tiempo que había terminado mis cuatro años de prácticas como residente y ya había atendido a cientos de mujeres embarazadas, proporcionándoles atención prenatal, apoyándolas durante el proceso del parto y asistiéndolas en el parto. Durante toda mi época de residente había sido defensora del parto natural sin fármacos, y me sentía muy optimista respecto al mío. Después de todo, la gran mayoría de embarazos acaban en un bebé normal, yo lo había visto de primera mano.

Mi actitud hacia el embarazo fue el de observar un experimento en mi útero. Era interesantísimo ver los cambios que se iban produciendo en mi cuerpo. Ahora me doy cuenta de que no me permití lo que por entonces consideraba el lujo del entusiasmo y la expectación, aunque mi embarazo fue muy planeado y deseado.

Había aprendido muy bien a separar mi mente de mi cuerpo, de modo que decidí que no quería «vincularme» mucho con mi bebé hasta cuando estuviera avanzado el embarazo y supiera que mi hijo era normal, algo de lo que sólo estaría segura después de que hubiera nacido. Nótese la paradoja de mi forma de pensar. Creía firmemente que todo sería normal, y sin embargo, no quería entregarme mucho «por si acaso». Había visto a mujeres preparar y arreglar toda una habitación para su bebé ya en el tercer mes de embarazo, cuando el riesgo de aborto espontáneo es de uno de cada seis. Yo no quería pasar por toda esa aflicción y pensaba que esa entrega emocional era prematura. Años después me enteré de que los bebés saben lo que ocurre cuando están dentro del útero y que oyen, sienten y experimentan emociones mucho antes de nacer.

Cuando la madre es indiferente y no se entrega emocionalmente, el niño lo nota.

En ese tiempo yo no comprendía, aunque lo enseñaba a mis pacientes, que el proceso de vinculación de la mujer con su bebé comienza cuando sale positiva su prueba de embarazo. En ese momento, normalmente la mujer comienza a fantasear con su hijo, pensando en nombres y buscando ropa y otros artículos. A mí jamás me habían interesado los bebés y no lograba entender el comportamiento de las mujeres en las fiestas para la futura madre, acontecimientos que casi no podía soportar. Jamás me había sentido atraída por esos: «¡Aay, uuy, qué mono!» ante la ropa para el bebé.

Cuando hacia el final de mi embarazo las enfermeras me preguntaron si tenía lista la habitación para el bebé, les dije: «No, ni siquiera tengo una camiseta». No tenía nada para mi hijo, ni siquiera un pañal. Mi marido estaba terminando su especialización en ortopedia y, como siempre, estaba más ocupado que yo; ciertamente no estaba para ir de tiendas a comprar ropa para el bebé. Aunque yo tenía muy claro que no quería ninguna fiesta para enseñar a amigas y familiares el ajuar del bebé, afortunadamente algunas amigas enfermeras no hicieron caso de mi inflexibilidad. En esos momentos me sentí mortificada, pero después lo agradecí. No sabía cómo comprar cosas para el bebé.

En lugar de leer manuales para madres, confié en mi capacidad de ser madre sin ponerla en duda. La sensiblería con los bebés no era en mi opinión un requisito para ser una buena madre. Mi madre había sido de estilo «leona», con excelentes instintos la mayor parte del tiempo. No confiaba mucho en los «expertos», un rasgo que siempre agradeceré.

A medida que crecía mi bebé, yo observaba con interés los cambios de mi cuerpo. Aprendí muchísimo acerca de las náuseas matutinas, el dolor bajo las costillas, el estreñimiento, el exceso de gases y la acedía. Durante años había oído a mujeres quejarse de esas cosas y entonces comprendí por qué. Aunque mi marido encontraba hermoso mi cuerpo cambiante, yo no estaba muy convencida. Me preocupaba engordar demasiado. ¡Cómo iba a disfrutar de mi desaparecida cintura, mis mejillas regordetas y mi grasa en las caderas en una cultura que idolatra la casi anorexia!

Ahora lamento no haberme tomado fotos cuando estaba embarazada. Me dejaban sorprendida las pacientes que a comienzos de los ochenta me enseñaban álbumes enteros de fotos de ellas durante el embarazo y el parto; se sentían orgullosas y no avergonzadas de su cuerpo. En aquel tiempo esas mujeres me parecían seres de otro planeta: ¿es que no «captaban» que la cultura y yo no creíamos que se vieran tan fabulosas?

Durante mi segundo embarazo, perdí la cintura casi tan pronto como concebí y tuve aspecto de embarazada casi de inmediato, lo cual suele ocurrir. Esa vez estaba más ocupada que durante el primero, pero recuerdo que dedicaba más tiempo a hablar con el bebé (aunque creía que era un niño y lo llamé William durante los nueve meses: la pequeña era mucho más activa que la mayor, de modo que hice esa suposición machista). Hacia el final del embarazo tenía dificultades para caminar, debido a la separación del hueso púbico, lo cual ocurre para que el bebé pueda pasar por la pelvis, pero en general fue un embarazo totalmente normal. Aunque el vientre me creció mucho más que en el primero, en ambos embarazos subí la misma cantidad de peso: once kilos y medio.

No hace mucho conocí a una elegante mujer cercana a los cuarenta que estaba a mitad de su primer embarazo. Finalmente había reconocido que necesitaba algunas «ropas feas» porque ya le era demasiado difícil «ocultar» su embarazo, y tuvo que modificar su fina apariencia de ejecutiva de faldas estrechas y tacones altos. Su actitud de que el embarazo es algo que hay que aguantar, ignorar o tolerar es muy corriente, y yo sentí cierta culpabilidad también, por mí. Cuanto menos embarazada parece la mujer, mejor la encuentra todo el mundo: «¡Oh, te abulta tan poco, estás fabulosa, casi no se te nota!». Un anuncio de vitaminas prenatales aparecido en una revista médica de mediados de los ochenta muestra a una mujer muy alta y delgada que no parece embarazada en absoluto, corriendo y tomando fotos, haciendo ejercicios en el gimnasio y trabajando hasta tarde en la oficina. El pie decía: «Embarazada, pero no aminora la marcha». Ese anuncio me recuerda mi actitud durante mis embarazos, cuando subía corriendo las escaleras del hospital para hacer cesáreas u otras operaciones. No quería que el embarazo me obstaculizara la vida de ninguna manera. Lamentablemente, los estudios demuestran que «no aminorar la marcha» va a veces acompañado de mayores riesgos para la salud. Un estudio piloto sobre el estrés y el embarazo, realizado con médicas y enfermeras embarazadas durante periodos de trabajo y de ocio, demostró que ciertas hormonas (las catecolaminas urinarias) producidas por las glándulas suprarrenales y otros tejidos aumentan en un 58 por ciento durante los periodos de trabajo, en comparación con los periodos de ocio. También se demostró que los niveles de catecolaminas de las médicas embarazadas aumentaban en un 64 por ciento en relación con las mujeres del grupo de control, en igual fase del embarazo pero que tenían otras profesiones.[14]

Cuando estaba embarazada de mi segunda hija, tenía que levantarme por la noche para ir a asistir partos, y estaba tan cansada que a veces chocaba con las paredes mientras me vestía. (Mi primera hija no

durmió una noche completa hasta los cinco años, de modo que durante años estuve en pie por las noches, estuviera de servicio o no.) Pero nunca nadie me recomendó que descansara más. Además, yo todavía quería demostrar que era una digna profesional, sobre todo después de tener a mis hijas.

> La mujer ilustra literalmente la permanente pauta vital de cómo la energía se transforma en materia a través del embarazo y el parto.
>
> CAROLINE MYSS

Nuestra herencia cultural: El parto

Durante seis años más o menos, asistí a mujeres embarazadas y comprobé que con muchísima frecuencia el parto va bien. Sin embargo, como sociedad continuamos tratando con histeria el proceso normal del nacimiento. La gran ansiedad sobre el embarazo y el parto que hay en Estados Unidos se debe en parte a nuestro trauma colectivo no resuelto respecto al parto; casi todo el mundo tiene asuntos inconclusos sobre su propio nacimiento, los cuales proyectamos sobre las mujeres embarazadas. Después de todo, durante la época de la explosión de la natalidad, la mayoría de los bebés nacieron drogados y fueron alejados de su madre hacia las brillantes luces de la sala de bebés del hospital.

En las generaciones anteriores de cada familia hubo muy probablemente muchas mujeres que murieron de parto. Los cementerios de Nueva Inglaterra, por ejemplo, están cubiertos de lápidas de mujeres que murieron jóvenes, rodeadas por las tumbas de sus hijos muertos. El miedo a la muerte aumenta la histeria que llevamos al parto como otro aspecto de nuestro inconsciente colectivo.

Lo irónico es que la mayoría de esas muertes y traumas fueron consecuencia de mala alimentación, exceso de trabajo y falta de apoyo a la madre, y no necesariamente de una falta de sofisticadas técnicas médicas.[15] Los informes muestran que las mujeres que no reciben un firme apoyo durante el proceso del parto corren un mayor riesgo de que este sea muy prolongado y tenga mal resultado. Varios excelentes estudios han demostrado que la presencia de una mujer comprensiva llamada *doula,* que «hace de madre de la madre» durante el proceso del parto, acorta la duración normal de este, desde la admisión en el hospital hasta el alumbramiento, de 19 horas 20 minutos a 8 horas 50 minutos. La presencia de una *doula* también conseguía que la madre estuviera más despabilada después del parto y fuera capaz de acariciar a su bebé, sonreírle y hablarle.[16]

En las sociedades llamadas «primitivas», de cazadores y recolectores, se suelen espaciar los nacimientos entre dos y cuatro años, mediante prácticas como la lactancia ilimitada, que mantiene elevados los niveles de prolactina y actúa como un anticonceptivo natural. En el curso de toda su vida, una mujer de esas sociedades podría tener veinte reglas, frente a las quinientas de las mujeres occidentales.[17] En esas sociedades se toman también medidas para apoyar a la mujer embarazada y asistirla durante el proceso del parto. El nacimiento se celebra como un acontecimiento de la comunidad. Aunque con esto no quiero decir que ese parto sea siempre un proceso glorioso y totalmente libre de riesgos, incluso en aquellas sociedades en las cuales las mujeres han sido bien sustentadas y apoyadas, podríamos aprender muchísimo de la sabiduría colectiva de las mujeres de los pueblos indígenas, centrados en la naturaleza, y combinarla con nuestra tecnología médica actual.

La mujer pare igual como vive

Habiendo participado en cientos de partos con cesárea y otras formas de parto «medicalizado», he comprendido que nuestro actual dilema sobre el hecho de parir comienza muchísimo antes de que la mujer acabe en la sala de partos. Empieza incluso años antes de que se quede embarazada. Todas llevamos las semillas en nuestro interior, y hemos de observar nuestra manera de participar diariamente en un tratamiento que no es el óptimo.

Las actitudes de la mujer respecto al embarazo llegan con ella a la sala de partos. Una profesional que conozco deseaba parir sin sentir nada: «Déjenme inconsciente, no soy una india». Esa es la declaración de una mujer que no comprende el poder del parto. Supone que sólo las «primitivas» pasan por ese proceso y que las intelectuales sofisticadas tienen los bebés mediante la tecnología, manteniendo sus manos limpias, la frente sin arrugas y el maquillaje intacto.

Los estudios demuestran que las mujeres que experimentan partos prolongados tienen ciertas características de personalidad. Tienen conflictos interiores respecto a la reproducción y la maternidad, y en el mo-

mento del parto son incapaces de expresar y reconocer su ansiedad. Estos factores psicológicos podrían tener por consecuencia un ineficaz movimiento uterino con la consiguiente prolongación del proceso del parto.[18] Otra realidad de nuestra cultura es que la violencia es común en la vida de muchas mujeres, sobre todo durante el embarazo, cuando el vientre preñado de la mujer suele ser el blanco de los malos tratos. Ciertamente esto puede aumentar las complicaciones de todo tipo. Hazte las siguientes preguntas: este año, o desde que estás embarazada, ¿alguien te ha golpeado, con el puño, la mano o el pie, o te ha hecho algún daño físico? ¿Mantienes relaciones con una persona que te amenaza o te hace daño físicamente? ¿Alguien te ha obligado a realizar actividades sexuales que te han hecho sentir incómoda o molesta? Si has contestado sí a cualquiera de estas preguntas, te están maltratando.

Demasiadas mujeres llegan a la sala de partos con este deseo, expresado o tácito: «Ocúpense de esta molestia, por favor. No quiero sentir nada, limítense a entregarme el bebé una vez que esto haya acabado». Aunque lo que más necesita la mujer durante el proceso del parto es aliento y un afectuoso apoyo a su capacidad de parir normalmente, con demasiada frecuencia no recibe esto, porque los médicos y enfermeras tienen la misma actitud frente al parto que frente a una crisis o dolencia: «curarlo» lo más pronto posible.

He llegado a comprender que toda la vida de la mujer lleva a lo que ocurre durante el parto. En él pueden manifestarse sus más profundos temores, no siempre conscientemente. Las mujeres que han sufrido incesto u otra forma de abuso o maltrato son excelentes candidatas para un parto disfuncional con la consiguiente cesárea. En un plano muy profundo, muchas de estas mujeres han aprendido a ser víctimas. Esto se expresa en el parto, momento en el cual, en lugar de ser víctimas de su cuerpo, lo que necesitan es estar sintonizadas con el proceso. Una de mis pacientes comprendió que se había quedado estancada en el proceso del parto porque en algún lugar inconsciente tenía miedo de dar a luz al hijo de su padre. Otra víctima de abusos sexuales se dio cuenta de que había aprendido tan bien su papel de víctima que no podía pujar para hacer salir a su bebé. Como muchas personas que viven con una sensación de impotencia, simplemente cedió la experiencia al hospital y su personal. En cierto sentido, esperaba que ellos parieran en su lugar. He trabajado con incontables mujeres que han aprendido esta actitud.

Otras supervivientes de abusos sexuales, sin embargo, usan el control como mecanismo de supervivencia. Durante el embarazo, estas mujeres suelen llegar a la consulta del médico con una larga lista de exigencias: que no le pongan el gota a gota, que no haya monitor en la sala, que no haya alumnos de medicina presentes, que sean limitados los exámenes, y que no le pongan enemas (aunque ya hace más de una década que no rasuramos ni ponemos enemas). Muchos tocólogos piensan que las mujeres que más necesitan controlar el proceso del parto suelen ser las que acaban con más intervenciones. Cualquier asistente de partos te dirá que «cuanto más larga es la lista de exigencias, mayor es la posibilidad de que haya una intervención no planeada, como una cesárea, por ejemplo». El motivo es que esta «lista» suele ser un síntoma de la ilusión de control intelectual que se hace la mujer; desea controlar una situación en la que se siente totalmente aterrada y descontrolada. Al tratar de controlar todas las variables relacionadas con el proceso del parto, cree que en cierto modo puede evitar el terror que ella asocia con su cuerpo, con sentir su cuerpo en general y con el proceso del parto. Cuanto más actúe a partir del control intelectual, menos probable es que se rinda al proceso de su cuerpo y más probable es que sea necesaria una intervención.

Durante el parto también se revela la verdad de la relación de la mujer con su marido o con las personas que la asisten. A veces, de pronto, cuando ha dilatado nueve centímetros, la mujer arremete contra su marido sólo porque está en transición. A mí se me enseñó que eso simplemente «ocurre», pero jamás le encontré sentido. Desde entonces he descubierto que eso no «ocurre» tan simplemente. Cualquier hostilidad que aflore entre las personas durante el proceso del parto ya estaba allí mucho antes de que este empezara, pero dada la esencial naturaleza primitiva del proceso, se abandona toda simulación de cortesía socialmente aceptable y brilla la realidad. Mi padre una vez me dijo que si quería saber cómo era realmente una persona, debía ir de camping con ella. Lo mismo se podría decir del proceso del parto.

En su libro ***Birthing Normally,*** Gayle Peterson dice que las mujeres paren igual como viven. El parto es una situación de crisis para muchas mujeres. Lo abordan del mismo modo en que abordan cualquier crisis: Algunas creen que son impotentes, mientras que otras quieren asumir el mando. Un estudio de las diferencias entre las mujeres que eligieron inducir el parto y las que eligieron dejarlo venir espontáneamente demostró que las que eligieron la inducción desconfiaban de su sistema reproductor. Eran más propensas a quejarse durante sus reglas, tenían más complicaciones en su historial ginecológico y sentían más ansiedad respecto a entrar en el proceso del parto.[19] Gayle Peterson y Lewis Mehl realizaron un estudio de mujeres embarazadas en el cual lograron predecir con un 95 por ciento de exactitud cuáles de ellas tendrían problemas durante el parto, basándose en los criterios del cuadro 7, respaldado por muchos estudios sobre complicaciones individuales.[20]

CUADRO 7
POSIBLES FACTORES DE RIESGO DURANTE EL PARTO

Parto de alto riesgo	*Parto de bajo riesgo*
Pasividad	Actividad
Dependencia	Independencia
Inseguridad y falta de confianza en sí misma	Seguridad y confianza en sí misma
Incapacidad para aceptar el apoyo de los demás	Capacidad de aceptar el apoyo de los demás
Rechazo de la feminidad	Aceptación de la feminidad
Sexualidad reprimida	Sexualidad sana
Imagen de sí misma como objeto sexual	Imagen de sí misma como ser sexual
Actitud infantil	Actitud adulta
Creencias limitadoras acerca del parto	Creencias facilitadoras del parto
Asimilación cultural previa no propicia	Asimilación cultural previa propicia
Comunicación poco sincera, manipuladora	Comunicación sincera, clara
Creencias espirituales que obstaculizan el parto	Creencias espirituales favorecedoras del parto
Imagen de sí misma como una persona débil	Imagen de sí misma como una persona fuerte
Separación de la mente y el cuerpo	Integración de la mente y el cuerpo
Relaciones conflictivas	Relaciones afectuosas
Discrepancia total en el plan del parto	Acuerdo total en el plan del parto
Miedo a que no la intervengan	Miedo a que la intervengan
Sedentaria	Físicamente activa
Apariencia corporal frágil	Apariencia corporal robusta
Rígida resistencia al cambio y las nuevas ideas	Flexible adaptación al cambio
Hogar caótico	Hogar agradable
No desea al bebé	Desea al bebé
Control exterior de su vida	Control interior de su vida
Negación de la realidad del dolor del parto	Aceptación de la realidad del dolor del parto

«Al rescate» de la parturienta

No es infrecuente que la parturienta pida a su pareja que haga algo para rescatarla de la situación en que está. Qué bien recuerdo a algunos hombres cuya esposa buscó su apoyo durante sus contracciones gritando:

«¡Jerry, haz algo!». Esos hombres me chillaron diciéndome: «¿Cuánto tiempo va a continuar esto? Más le vale que lo arregle pronto o me va a oír». Muchas veces he sido amenazada por maridos que querían que «arreglara» el proceso del parto de su mujer lo más pronto posible, porque si no...

Incapaces de controlar el malestar de su esposa, y furiosos por su sensación de impotencia en un proceso en el cual no pueden hacer nada, esos hombres arremeten contra el médico: «¡Ponga fin a este sufrimiento!». La esposa, incapaz de continuar en su habitual papel de «absorbente de la conmoción emocional masculina», observa impotente o espera que su marido haga su papel de «señor Arreglalotodo». Estas mujeres se desconectan aún más de sí mismas. El parto ciertamente no es un momento ideal para educar a una pareja acerca de las experiencias transformadoras. Sin embargo, sí se los puede animar, entre contracción y contracción, a que simplemente estén en el proceso, comprendiendo que es normal y natural y que no es una amenaza para la vida; entonces a veces eso les sirve para trabajar «con» las contracciones y el proceso y no en contra. Mi socia Bethany le recuerda al marido o compañero de su paciente que él no puede tener el bebé en lugar de su mujer, y que tampoco puede quitarle el dolor; pero lo que sí puede hacer es amarla. Ese es un fabuloso regalo para la mayoría de las mujeres en el trance del parto, simplemente ser amadas durante todo el proceso. Las mujeres que cambian de actitud en el parto suelen cambiar para siempre, por el conocimiento de que fueron capaces de pasar por él, y que después de todo, sí tienen recursos interiores. Para hacer eso, necesitan de un apoyo constante. Ninguna mujer debería parir jamás sin ese apoyo.

Pero no siempre es posible cambiar una manera arraigada de hacer frente a las cosas durante el parto. Cuando yo todavía asistía partos, descubrí que ninguna cantidad de engatusamiento, educación ni súplicas por mi parte podía cambiar la creencia heredada de muchas mujeres de que no pueden parir normalmente, de que tienen que ponerles anestesia para hacerlo.

El sistema médico participa plenamente en tratar el parto como una urgencia que necesita una cura. Dada su naturaleza patriarcal adictiva, el sistema médico se convierte en el «marido» simbólico de todas las

mujeres que gritan «¡Jerry, haz algo!». Y la verdad es que los médicos estamos formados en muchos sentidos para «hacer algo». Cada uno de nuestros actos tiene un precio. Algunos estudios demuestran, por ejemplo, que la anestesia general aumenta el índice de cesáreas. Ese anestésico relaja los músculos del suelo pelviano, lo cual contribuye a que el bebé se presente con la cabeza en la posición llamada de occipucio posterior, es decir, con la cara hacia arriba. Es mucho más difícil expulsar al bebé cuando está en esa posición; esto también hace más lento el proceso y puede aumentar la molestia o angustia del bebé. La anestesia epidural es también una metáfora de nuestra actual actitud hacia el parto con la mente separada del cuerpo: «Quiero estar despierta y despabilada intelectualmente, pero no quiero sentir mi cuerpo». Un ejemplo de esto ocurrió hace poco. Un médico de cabecera amigo mío asistía el parto de una mujer a la que le habían puesto la epidural y estaba a punto de dar a luz; ella continuaba viendo una serie de televisión, totalmente inconsciente de lo que le estaba ocurriendo bajo la cintura. En el momento en que el bebé estaba coronando, naciendo en realidad, le pidió a mi amigo, el médico, que se hiciera a un lado porque le tapaba el televisor. Aunque en este caso la epidural no es el villano, ciertamente le hacía mucho más fácil a esta nueva madre mantenerse desconectada de su bebé recién nacido que si no hubiera recibido esa inyección. Además, los analgésicos atraviesan la placenta y pueden afectar al bebé. El fórceps, la episiotomía, el vacuoextractor, la estimulación de las contracciones con oxitocina y la cesárea innecesaria son otras intervenciones que no están exentas de riesgos.

Yo creo que la mujer tiene en su interior el poder de parir normalmente y que los fármacos y anestésicos tienen posibles efectos secundarios. Cuando asistía partos me sentía frustrada con las mujeres que no tenían la menor intención de dar a luz de modo normal y trataba de cambiarlas. Pero ese era un problema «mío», y no necesariamente suyo. Ellas deseaban toda la tecnología que podía ofrecer el hospital. Ahora comprendo que no era mi tarea cambiarlas a ellas ni cambiar a nadie. Cada mujer debe mirar en su interior y ver dónde está, y ser lo más sincera posible consigo misma. Mi trabajo consiste en presentar alternativas en cada situación y dejar que la mujer elija. También debo ser clara respecto a mis creencias y mi programa.

La tecnología en el parto

Durante la gran tormenta de nieve de 1978 en Boston, cuando estaban cerradas todas las calles y carreteras y era imposible conducir, iba en esquí a un hospital cercano en que no había servicio de tocología a asistir partos en la sala de urgencias. Las parturientas eran trasladadas a los hospitales más cercanos por la Guardia Nacional. El personal de la sala de urgencias, acostumbrados a tratar de todo, desde heridas de disparos hasta ataques al corazón, se sintieron perdidos con estos partos. Por su propia naturaleza, las personas que atienden en las salas de urgencias están preparadas para hacer algo rápido. Los partos, por su propia naturaleza, necesitan exactamente lo contrario. Necesitan las cualidades de una comadrona: estar al lado esperando, con una actitud de apoyo y cariño, mientras hacen muy poco en el sentido convencional. Es la mujer la que da a luz el bebé, no el médico ni el personal, que en la mayoría de los casos simplemente lo «recogen».

Los hospitales, sin embargo, están equipados para alojar y medicar los más profundos temores de la parturienta. Los procedimientos hospitalarios normalmente no tratan estos miedos muy reales, sino que «medicalizan» los partos. Están diseñados para «ahorrarnos» la molestia y los dolores del parto, una actitud en la que la sociedad contribuye colectivamente. Las prácticas de hospital emanan lisa y llanamente de nuestra veneración por la tecnología y nuestro miedo del proceso del nacimiento. Los médicos han estado muy bien dispuestos para «mejorar» los resultados en tocología porque nuestra cultura cree en la superioridad de la tecnología respecto a la sabiduría natural del cuerpo. Confiamos más en la tecnología que en la experiencia de sí misma de la mujer y los beneficios documentados de un apoyo humano afectuoso durante la labor del parto.

Desgraciadamente, las creencias que respaldan los procedimientos hospitalarios suelen estar tan generalizadas que incluso las mujeres que entran en el hospital con el deseo de tener un parto natural suelen acabar con algún tipo de intervención. Esto se debe a que la parturienta es muy vulnerable. Si no es apoyada durante su parto por personas que confían verdaderamente en este proceso y lo consideran normal, pueden convencerla casi de cualquier cosa.

Monitores fetales y cesáreas

No hay ejemplo más claro del uso excesivo de la tecnología durante el parto que el elevado índice de cesáreas en muchos hospitales de Estados Unidos, a consecuencia de la «medicalización» del parto, alimentada por el temor a los pleitos si un bebé no resulta perfecto. No obstante, estos índices de cesárea varían muchísimo según el médico y el hospital. El promedio en muchos hospitales docentes es del 25 por ciento, pero en algunas

ciudades, una mujer blanca con seguro médico tiene un 50 por ciento de probabilidades de que le hagan una cesárea.[21]

Durante mis prácticas como residente, que fue cuando entró en escena el monitor fetal y comenzó a elevarse el índice de cesáreas, recuerdo que yo pensaba: «¿Cómo puede ser que el 25 por ciento de las mujeres no sean capaces de pasar por un acontecimiento fisiológico normal sin la ayuda de la anestesia y una operación importante? ¿Cómo es posible que haya sobrevivido la raza humana si tantas mujeres realmente necesitan una operación para dar a luz? ¿Qué está pasando aquí?».

Se me enseñó que debía tratarlas a todas como si fueran a tener una posible complicación, como si de pronto el parto normal se fuera a convertir en una crisis. Siempre que llegaba una parturienta, inmediatamente le colocábamos el suero, le sacábamos sangre, le rompíamos el saco amniótico, enchufábamos un electrodo en la cabeza del bebé e introducíamos un catéter en el útero para medir la presión uterina en el monitor fetal. Entonces, ella y su familia, los médicos y las enfermeras, todos fijábamos la vista en el monitor y prácticamente dependíamos de él para que nos dijera qué debíamos hacer a continuación. A la mujer se le pedía que se colocara en la posición que venía mejor para el monitor, no la que era mejor para ella. Recuerdo que yo trataba de poner estos artilugios para el monitor incluso a mujeres que estaban a punto de parir cuando entraban por la puerta. Si no tenía una hoja del monitor para documentar el parto y había un mal resultado, sabía que tendría dificultades con mi médico responsable. Después, los estudios demostraron que la monitorización fetal en realidad no mejora el resultado perinatal, en comparación con la enfermera que ausculta los latidos del corazón cada cierto tiempo.[22] Lo que sí hacía era aumentar el número de cesáreas, gran ejemplo de cómo la tecnología se «afirmaba» antes de que se tuvieran todos los datos. (La monitorización tiene su lugar, no estoy en contra de ella. Sencillamente no sustituye la afectuosa interacción humana, aunque con frecuencia se utiliza como si lo hiciera.)

Durante mi segundo año de residencia, asistí a una reunión de la Asociación Internacional de Educación para el Parto, y allí me enteré de que el saco amniótico normalmente se rompe cuando la mujer comienza a empujar, y que hay pruebas de que al romperlo artificialmente, los bebés sufren más estrés dentro del útero (el pH de la sangre de su cuero cabelludo es menor). En esta reunión también aprendí que el líquido amniótico es el mejor «envoltorio» disponible: protege el cuerpo del bebé durante las contracciones. ¿Por qué nos afanamos tanto en estropear la protección de la naturaleza? ¡Para poder enchufar nuestros monitores tecnológicos!

¿Es de extrañar que la mujer se asuste, y por consiguiente su bebé, cuando se la engancha a tres o cuatro tubos y cables diferentes y después se le rompe el saco amniótico, lo cual ocasiona sufrimiento al feto? Al mirar en retrospectiva, me doy cuenta de que muchos casos de sufrimiento fetal podrían haberse aliviado tranquilizando a la madre y pidiéndole que se centrara en su interior, donde estaba su bebé, y le enviara mensajes tranquilizadores. El ***biofeedback*** ha documentado el profundo efecto de los pensamientos en los sistemas corporales, como la presión arterial, el pulso y la resistencia de la piel. El bebé forma parte del cuerpo de la mujer. Ella puede sintonizar con él.

Muchos tocólogos tienen la arraigada convicción de que el parto vaginal es simplemente peligroso y que conduce a un mayor trauma fetal. He participado en discusiones con colegas —hombres y mujeres— que, en un plano muy profundo, y posiblemente no examinado, creen que el parto abdominal es la modalidad superior de llegada al mundo.

Aproximadamente del 50 al 85 por ciento de las mujeres que han tenido un parto con cesárea pueden parir normalmente a sus hijos siguientes. Aunque a los tocólogos solía enseñárseles el principio: «Una vez una cesárea, siempre una cesárea», esto ya no es así. La bibliografía científica que documenta la seguridad de los partos vaginales posteriores apareció a fines de los años setenta. Durante mis años de prácticas, ofrecíamos rutinariamente la opción del parto vaginal después de una cesárea. Sin embargo, todavía no se ofrece esta opción a todas las mujeres que son candidatas para ella. Y aquellas a las que sí se les ofrece, no suelen elegirla, probablemente porque tienen miedo. Un artículo aparecido en una de las revistas de obstetricia y ginecología se titulaba: «Cuando la paciente pide una cesárea». El doctor Bruce Flamm, entrevistado para este artículo, dio justo en el blanco cuando dijo: «El hecho de que alguien tenga miedo no es una indicación de cesárea, es una indicación de educación».[23] Ciertamente, la medicina es una calle de dos direcciones. Una de mis colegas, la doctora Bethany Hays, al leer el artículo comentó: «¡Esto sí que es bueno! ¡Creamos el miedo al parto vaginal y después le echamos la culpa a la paciente!».

Los índices de cesáreas varían enormemente de un médico a otro. Algunos de mis colegas tienen índices de cesáreas de sólo el 6 por ciento. Son los mismos médicos que apoyan firmemente la atención del parto por una comadrona.

Episiotomía

Otra intervención que normalmente no es necesaria es la episiotomía. Se calcula que al 61,9 por ciento de todas las mujeres que dieron a luz por la vagina en 1987 en Estados Unidos, se les practicó la episiotomía, que es la incisión del tejido situado entre la vagina y el recto.[24] A nivel nacional, al 80 por ciento de las madres primerizas con parto vaginal se les practica esta operación.[25] En muchos hospitales se hace esta intervención prácticamente al ciento por ciento de las mujeres.

Lamentablemente, las mujeres a las que se les practica la episiotomía tienen 50 veces más probabilidades de sufrir graves laceraciones que aquellas a las que no se les practica.[26] El motivo de esto es que los cortes de la episiotomía suelen extenderse a más tejidos vaginales durante el parto. Este corte quirúrgico del perineo puede ser causa de una excesiva pérdida de sangre, dolorosas cicatrices y un innecesario dolor posparto.[27] El dolor de la mujer puede afectar a su vínculo con el bebé y la lactancia. No se ha comprobado ningún beneficio a largo plazo en las mujeres a las que se les ha practicado la episiotomía, aunque se me dijo repetidas veces que esta operación era absolutamente necesaria para prevenir un posterior prolapso del útero y/o una excesiva flojedad de la vagina.

Los estudios han demostrado que el hecho de que a una mujer le practiquen la episiotomía o no depende mucho de si es un médico o una comadrona quien asiste a la mujer en el parto. A las parteras se les enseña a asistir partos de modo normal, sin intervenciones. Los médicos naturalmente hacen más, se los ha preparado para eso. Dejar que la mujer empuje a su bebé para que salga lentamente y sin intervenciones es una experiencia excepcional en algunos hospitales. Un análisis retrospectivo de 2.041 partos vaginales operatorios (lo cual significa que se usó fórceps o un vacuoextractor), realizado en San Francisco, demostró que el índice de desgarros de cuarto grado (el desgarro extendido hasta el recto) bajó del 12,2 por ciento al 5,4 por ciento durante un periodo de diez años, mientras que el índice de episiotomías en el hospital bajó del 93,4 por ciento al 35,7 por ciento.[28] Si bien aumentó el índice de laceraciones vaginales, estas son leves y muy fáciles de reparar, comparadas con el daño que causan las episiotomías; además son mucho menos dolorosas.

No hay ningún informe que apoye la necesidad de la episiotomía de rutina; sin embargo, esta se continúa enseñando como un procedimiento rutinario en algunos programas de formación durante las prácticas de residencia. Pero en otros, va disminuyendo. La episiotomía es un ejemplo elocuente de cómo en la práctica clínica una creencia («el cuerpo de la mujer no puede parir sin intervención») puede de hecho triunfar sobre las pruebas científicas, que en este caso «no» respaldan la práctica de la episiotomía.

Anestesia

La anestesia moderna es un regalo en muchos casos, pero en el proceso del parto se usa con demasiada frecuencia. Esta cultura cree que si poco es bueno, más es mejor. Así pues, actualmente hay servicios tocológicos en los que, mucho antes de que llegue la hora del parto, a casi todas las mujeres embarazadas se las hace creer en las virtudes de la epidural, «el no va más» de la anestesia obstétrica. La semilla suele sembrarse durante las clases para el parto patrocinadas por el hospital: «No tiene por qué sentir nada». La anestesia se ofrece como una panacea a las mujeres. He oído a muchas decir: «Quiero que me pongan un catéter de epidural durante las dos últimas semanas de embarazo». Pero entre los riesgos están la detención de la primera y la segunda fases del proceso del parto, fiebre, una mayor utilización de fórceps, lesiones en el suelo pelviano y sufrimiento del feto, con el consiguiente aumento del número de cesáreas.[29]

En un estudio realizado en 1996, de 1.733 mujeres que daban a luz a su primer bebé, el índice de cesáreas en las que recibieron anestesia epidural fue del 17 por ***ciento,*** frente al 4 por ciento de las que no la recibieron; cuatro veces más. Este estudio ha sido contestado, y es posible que el debate continúe durante algún tiempo debido a las variables del estudio.[30] (Entre los factores que influyen en el resultado están la forma de dar la anestesia y quién la administra y en qué fase del proceso del parto.) Pero la relación entre la epidural y la cesárea está de acuerdo con mi propia experiencia de trabajo en la unidad de maternidad de un gran hospital.

En otro estudio de 1.657 mujeres que daban a luz a su primer bebé, el 14,5 por ciento de las que recibieron anestesia epidural tuvieron fiebre, frente a sólo un 1 por ciento de las mujeres que no la recibieron. Debido a esta fiebre, los bebés nacidos de las mujeres del grupo de la epidural tenían cuatro veces más probabilidades de contraer infecciones y de ser tratados con antibióticos que los bebés nacidos de mujeres que no recibieron anestesia epidural.[31] Sin embargo, de los 356 recién nacidos del grupo de la epidural a los que se Ies examinó por si tenían septicemia (estado infeccioso sistémico), sólo 3 la mostraron. La epidural pone a la mujer en un mayor riesgo de fiebre, al margen del tamaño del bebé o de la duración del proceso del parto, dos

factores que también se relacionan con un mayor riesgo de infección. Entre la cascada de consecuencias adversas debidas a que haya que tratar al bebé por una infección, están el hecho de que lo llevan a la unidad neonatal de cuidados intensivos, alejándolo de la madre; más dolor para el bebé, porque es necesario extraerle sangre y ponerle suero; el riesgo de los antibióticos, que matan a todas las bacterias normales y amigas de su cuerpo, aumentando así el riesgo de infección por las cepas de bacterias resistentes a los antibióticos que se encuentran en los hospitales; una mayor ansiedad para la madre y el bebé, y los posibles efectos adversos en el establecimiento de una buena lactancia. Dado que el tratamiento de la septicemia tiene lugar inmediatamente después del nacimiento del bebé, puede afectar de un modo negativo al importante periodo de vinculación madre-hijo deseado por la naturaleza después del nacimiento.

Posición supina

Las mujeres que paren en una posición fisiológicamente normal, de pie o en cuclillas, tienen muchas menos probabilidades de sufrir un desgarro del perineo y más posibilidades de tener una segunda fase del proceso del parto normal, sin intervención quirúrgica. De hecho, estar echada de espaldas mientras se empuja al bebé es desfavorable para el parto, porque esta posición provoca una excesiva presión del bebé sobre la parte posterior de la vagina, y disminuye el diámetro de la salida pelviana, lo cual dispone las cosas para un desgarro vaginal. (¿Alguna vez has tratado de ir de vientre echada de espaldas?) Al parecer, esta posición, llamada «posición para litotomía», fue popularizada por Luis XIV de Francia, que era un mirón y le gustaba observar los partos de las mujeres de su corte sin que ellas se enteraran de su presencia. En esta posición, con las faldas levantadas, la parturienta no podía ver quién la estaba observando. La posición se hizo popular porque la usaban mujeres de la dase alta y por lo tanto fue imitada. Además, le facilitaba las cosas a quien asistía el parto.

Probablemente otro motivo fue la popularización del fórceps, que fue inventado en 1560 por Peter Qhamberlen, un partero que provenía de una familia de parteros. Este instrumento se mantuvo en secreto en la familia de Chamberlen y sólo se dio a conocer a la profesión médica en 1728.[32] La formación para usar este instrumento sólo se daba a los hombres (generalmente médicos y cirujanos), y al principio se utilizaba cuando ninguna otra cosa daba resultado y la mujer llevaba horas empujando al bebé sin éxito. La posición para litotomía era la que adoptaba la agotada mujer para descansar mientras le aplicaban el fórceps. También permitía al tocólogo el máximo control sobre el proceso del parto con fórceps.

Durante la segunda fase de la labor del parto, la posición en cuclillas, a diferencia de la supina, aumenta de un modo natural el tamaño de la abertura vaginal, porque distribuye igualmente la presión por toda la circunferencia vaginal y favorece la salida del bebé cabeza abajo. En la posición en cuclillas, el diámetro antero-posterior de la pelvis ósea (de delante hacia atrás) aumenta medio centímetro o más.[33] La posición en cuclillas también contribuye a evitar que el útero presione los principales vasos sanguíneos pelvianos. Por lo tanto, mejora el aprovisionamiento de sangre de la madre al bebé, con lo cual hay menos riesgos para los dos. (He visto incontables casos de sufrimiento fetal en la sala de partos simplemente debido a la posición de la madre, echada de espaldas.) Las mujeres a las que se anima a tocarse el perineo y tocar la cabeza del bebé conectan con mucha mayor rapidez con su hijo y dan a luz con más facilidad.

Esterilización

La zona vulvar de la madre suele rociarse con Betadine, un antiséptico, antes del parto para «diluir» cualquier posible germen. Cuando yo estaba en la Facultad, tenía la impresión de que lo más importante que ocurría antes del parto era la colocación a la parturienta de paños estériles en las piernas y el abdomen. Había una forma precisa de hacerlo. (Esos paños especiales resistentes al agua son del mismo tipo de los que se usan durante una operación quirúrgica. ¿Te dice algo esto?) Cuando se acaban de colocar esos paños, las únicas partes que quedan visibles son el perineo y la vagina. (En los años setenta se ponían de tal forma que la madre no pudiera ver nada de lo que pasaba. Después podía mirar por un espejo. ¡Estupendo!)

El lugar de la operación (donde se hacía normalmente la incisión) es la vagina y el perineo de la madre. Antes de colocar los paños estériles, se limpiaba muy bien esa zona y después se rociaba con el antiséptico. El cuerpo de la madre, una vez cubierto, se consideraba un campo quirúrgico esterilizado. Aunque en los años ochenta en muchos hospitales se abandonó la práctica de poner estos paños, ahora se usan mucho para proteger al personal del hospital de la posibilidad de contagiarse del sida por los líquidos corporales de la paciente.

Sin embargo, cuando es verdaderamente necesaria la tecnología para el parto, es realmente milagrosa y salva vidas. Cuando el médico está en el quirófano haciendo una transfusión de sangre a una mujer cuya placenta simplemente no se desprende del útero y que pierde sangre con mucha rapidez, sabe que hace cien años esa mujer habría muerto. Por lo general, sin embargo, un mayor contacto táctil y un menor uso de la «alta tecnología» daría mejores resultados.

Cuidados maternales para la madre: Una solución cuya hora ha llegado

El apoyo durante el proceso del parto tiene siglos de antigüedad, y es intuitivamente evidente que las mujeres que se sienten más apoyadas durante el proceso del parto tienden a hacerlo mejor. Los doctores Marshall Klaus y John Kennell han demostrado en seis estudios clínicos controlados que la presencia de una mujer que apoye durante el proceso del parto, llamada ***doula***, acorta la duración de la primera fase un promedio de dos horas, disminuye en un 50 por ciento las posibilidades de cesárea, reduce la necesidad de analgésicos y anestesia epidural, ayuda al padre a participar con confianza y aumenta el éxito de la lactancia. El doctor Kennell ha demostrado que si se utilizara rutinariamente la asistencia de la ***doula,*** este simple paso ahorraría al sistema sanitario un mínimo de 2.000 millones de dólares al año en costes de cesáreas innecesarias, anestesias epidurales y tratamientos de septicemia para los recién nacidos. También añade con humor: «Si un fármaco tuviera este mismo efecto, no sería ético no usarlo».

Con demasiada frecuencia, cuando pensamos en el apoyo durante el proceso del parto, nos imaginamos a una especie de «instructor», una persona especializada en las técnicas correctas de respiración, etc. Pero una ***doula*** encarna la sabiduría femenina. Es una mujer compasiva formada especialmente para ofrecer apoyo emocional, sintonizando con las necesidades de la madre y siendo una «madre» para ella. Las ***doulas*** generan un «ambiente emocional de apoyo para la madre, animándola a dejar que ***su*** cuerpo le diga lo que es mejor en los diversos momentos del proceso del parto. [...] Una ***doula*** —escriben los autores de ***Mothering the Mother***— da de sí misma y no tiene miedo de amar».[34] Una ***doula*** entra en el espacio de la parturienta y es muy sensible a sus necesidades, estados de ánimo, cambios y sentimientos no expresados. No tiene ninguna necesidad de controlar ni de ahogar. Todas las mujeres embarazadas deberían tener los beneficios de una ***doula.*** Por cierto, esta persona no resta valor al papel del padre del bebé. Lo favorece y le deja libertad para hacer el muy importante trabajo de amar a la madre.

Cómo disminuir el riesgo de cesárea

En 1993, el último año del cual disponemos de estadísticas, el 22,8 por ciento de los bebés nacidos vivos en Estados Unidos nacieron con cesárea, número que ha permanecido casi sin variación desde 1985, según el Colegio de Tocólogos y Ginecólogos. Aunque a veces las cesáreas son necesarias, muchos especialistas en este campo piensan que un índice del 15 (± 5) por ciento es más razonable.[35] Esto significa, lógicamente, que a muchas mujeres se les practican cesáreas que no son necesarias. Sin embargo, como es algo tan común, la mayoría no comprenden que se trata de una operación abdominal importante, cargada de posibles complicaciones, como la hemorragia y la infección. La cesárea debería evitarse a menos que sea absolutamente necesaria. A continuación explico cómo se pueden disminuir las posibilidades de cesárea.

1. Revisa tus creencias y comprueba las de tu médico. ¿Crees que el parto vaginal es desagradable y demasiado peligroso o terrible para pasar por él? En realidad, muchas mujeres y sus médicos actúan con esta creencia, que se manifiesta lisa y llanamente en lo que ocurre en el proceso del parto. En una encuesta publicada en 1996 en ***Lancet,*** de 282 tocólogos interrogados, el 31 por ciento de las mujeres dijeron que si ellas daban a luz desearían una cesárea, y el 8 por ciento de los hombres dijeron que preferirían una cesárea para su esposa (un 17 por ciento en conjunto). Muchos dijeron que elegirían la operación incluso en embarazos no complicados y de poco riesgo.[36] Aunque no conozco ningún estudio similar realizado en Estados Unidos, he conocido a médicos que piensan sinceramente que la cesárea es una modalidad superior del parto. Y esta creencia se refleja en el número de cesáreas que realizan. Los hospitales llevan la estadística de las cesáreas practicadas por cada médico, de modo que un médico puede conocer su índice de cesáreas. (Lógicamente, en el departamento de problemas obstétricos de alto riesgo de un centro médico grande, el índice va a ser mayor.)

2. Si has tenido un parto con cesárea anterior, el próximo planéalo para que sea vaginal normal. Actualmente en Estados Unidos, alrededor del 36 por ciento de las cesáreas son de repetición, siendo la única indicación para esta operación importante que la mujer ha tenido un parto con cesárea anteriormente. Aun-

que muchas mujeres no lo saben, tanto la bibliografía médica como la experiencia personal de incontables tocólogos (entre los que me cuento), que durante años han asistido partos vaginales después de otro con cesárea, demuestran que la mayoría de las mujeres a las que se les ha practicado una cesárea pueden tener un parto normal sin riesgo. Si tu médico no se siente cómodo con esta opción, busca a otro.

3. Elige concienzudamente el lugar donde vas a dar a luz. Programa tener tu bebé en un sitio en el que sabes que te vas a sentir a salvo y segura. Aunque varios estudios europeos recientes han demostrado que mujeres muy bien seleccionadas y apoyadas pueden dar a luz sin riesgo en su casa, la mayoría de las estadounidenses no se van a sentir cómodas con esta opción. La maternidad centrada en la familia ofrece muchas de las comodidades de la casa junto con la red de seguridad de un hospital.

Un número cada vez mayor de hospitales y algunas clínicas particulares ofrecen ahora este tipo de atención, que se caracteriza por lo siguiente: la parturienta, junto con las personas que la apoyan, realiza el proceso del parto y da a luz en la misma habitación; la enfermera que asiste al parto es la misma que atiende a la madre durante toda su estancia en el hospital, y es también la principal enfermera del bebé, que se queda en la misma habitación con su madre. En resumen, en la maternidad centrada en la familia, la atención se concentra en mantener a la madre, el bebé y el resto de la familia juntos de un modo apoyador y sano. Este es un enorme progreso respecto al enfoque del parto como una operación, que ha sido común desde los años cincuenta y precisa de una sala de partos y una habitación de recuperación, en las que la madre es atendida por diferentes enfermeras. Luego se lleva al bebé a la sala de recién nacidos, donde lo atienden otro grupo de enfermeras. Esta atención fragmentada, que experimentaron casi todas nuestras madres, puede ser aniquiladora para la parturienta y su bebé, y aumenta el riesgo de intervención a partir del momento en que la mujer entra en el hospital.

4. Contrata a una ***doula*** para que te «haga de madre» durante la labor del parto (véase pág. 521). Mejor aún, trabaja con un médico o una comadrona que recomiende automáticamente el ***apoyo*** profesional durante el proceso del parto y que se sienta a gusto trabajando junto a estas personas. Estos médicos y comadronas casi siempre tienen un índice menor de cesáreas que sus colegas.

5. No te vayas al hospital demasiado pronto. Es muy corriente que la mujer tenga contracciones leves o moderadas (premonitorias) antes de empezar la verdadera labor del parto, que se define por la dilatación y el repliegue del cuello del útero. Si en realidad estás en el proceso del parto, no vas a querer hablar durante una contracción, tu atención estará centrada en tu interior, y no querrás moverte mucho mientras dure la contracción. Piensa en la posibilidad de contratar a una comadrona que vaya a tu casa o a otro lugar convenido para comprobar tu progreso antes de hospitalizarte; en el hospital, el ambiente podría hacer más lento el parto o ser causa de que sea disfuncional. (No ocurre esto en una buena clínica que ofrezca una maternidad centrada en la familia.) Recuerda que el útero es muy sensible al entorno; funciona mejor donde te sientas más relajada y segura. Esto varía de una mujer a otra.

Estudios recientes sugieren que el proceso del parto podría durar más de lo que pensamos y de todos modos ser totalmente normal y sin riesgos. Muchos médicos han sido formados para seguir unas gráficas, ahora anticuadas, que determinan el progreso del parto, llamadas «curvas de Friedman», por el apellido de un famoso tocólogo de Boston cuyas recomendaciones influyeron en varias generaciones de tocólogos. Si tu proceso de parto no va de acuerdo con esas gráficas, pueden aumentar las posibilidades de que te practiquen una cesárea, aunque todo sea normal.

Un buen número de cesáreas se realizan por «falta de progreso», un trastorno que suele atribuirse a que el bebé es «demasiado grande». Normalmente esto no es así, ya que muchas mujeres a las que se les ha practicado una cesárea por este motivo, después han tenido bebés aún más grandes en un parto normal. Según mi experiencia, la «falta de progreso» simplemente significa que el útero deja de contraerse eficazmente y la madre se agota. Cuando esto continúa así durante unas horas, se practica la cesárea para que acabe todo de una vez.

Lo que conviene hacer en primer lugar es evitar la cadena de incidentes que conducen a esto. Sintoniza con la sabiduría de tu cuerpo. La mayoría de las mujeres son capaces de saber cuándo están realmente en la labor del parto. No permitas que la mentalidad colectiva de urgencia de nuestra cultura invada tu fisiología en esto, porque una vez que entres y te conecten con el monitor, es posible que el proceso del parto se vuelva más lento o se detenga totalmente si estás nerviosa. Trata además de evitar que alguien te rompa el saco amniótico para «poner en marcha las cosas».

Lamentablemente, demasiadas mujeres y sus maridos han sido adoctrinados por los programas y películas de la televisión en que se ve a parejas corriendo al hospital a la primera contracción, temerosos de que el bebé vaya a caerse por ahí si no llegan a tiempo. Una vez en el hospital, el personal insistirá sutilmente (o no tan sutilmente) en hacer algo, porque la mujer está cansada de estar embarazada y desea acabar con eso cuan-

to antes. Si te metes en la cama en ese estado, permites que te rompan el saco amniótico y luego te quedas inmóvil esperando que ocurra algo, no vas a dejar que tu cuerpo y tu bebé encuentren el momento adecuado.

6. Programa tener el parto sin anestesia epidural. Cuando la mujer entra en la labor del parto con la idea de que su cuerpo va a saber la forma de arreglárselas con las sensaciones, tiene más probabilidades de estar en la actitud receptiva necesaria para el funcionamiento óptimo de su útero. En cambio, si cree que va a necesitar anestesia epidural tan pronto como entre en el hospital, no va a estar presente en su proceso del parto; las contracciones sólo serán algo que tendrá que soportar hasta que llegue el anestesista. Aunque la epidural puede ser muy útil en ciertas circunstancias, puede prolongar el proceso del parto y relajar tanto la parte inferior del útero y la pelvis que el bebé sale con la cabeza en mala posición. Además, como he dicho antes, aun en el caso de que la epidural no aumente el riesgo de cesárea, de todos modos puede causar fiebre en la madre y el riesgo de que al bebé haya que tratarlo por infección. También inhibe la liberación del neurotransmisor betaendorfina, que normalmente aumenta durante el proceso del parto y es la causa de la euforia que tienten algunas madres. La naturaleza ha concebido esa euforia como el mejor estado posible para que la mujer conozca y se enamore de su nuevo bebé.

Si sientes la necesidad de anestesia epidural, por el motivo que sea, espera hasta que el proceso del parto esté bien establecido y pide la menor dosis posible que te proporcione el alivio adecuado al dolor.

7. Por encima de todo, confía en que tu cuerpo sabe parir. Durante la labor del parto, más que en ningún otro momento, las mujeres tienen la oportunidad de experimentar, de modo espectacular, la sabiduría de su cuerpo. Muévete para ponerte en la posición que te parezca mejor. No te metas en la cama, a no ser que encuentres más cómoda esa posición. No te resistas a las contracciones; sumérgete profundamente en ellas. He asistido partos suficientes para saber que cuando las mujeres se sienten cómodas, relajadas y bien apoyadas, su cuerpo sabe automáticamente qué hacer para mantener su propia seguridad y la del bebé.

Mi historia personal

En mi calidad de madre y médica, he experimentado el parto desde los dos lados de la cama. Toda madre tiene momentos entrañables durante la experiencia del parto, percepciones y sentimientos que le gustaría explicar a otras mujeres. Así pues, quiero contarte mi historia y también las de otras mujeres.

La fecha prevista para el nacimiento de mi primera hija era el 7 de diciembre de 1980. Yo continué mi trabajo de supervisora de residentes en un hospital de Boston y cada dos semanas volaba o conducía hasta Maine para mantener en funcionamiento el consultorio que tenía allí. Había visto a demasiadas mujeres que dejan de trabajar pronto y se dedican a limpiar la casa, comer y esperar a que llegue el bebé, y a veces suplican al tocólogo que les induzca el parto. Yo no quería entrar en esa categoría. También había visto muchos casos de retraso del parto. Ciertamente no deseaba ponerme nerviosa, al menos mientras no llegara la fecha.

El día de Acción de Gracias fuimos a cenar a casa de unos amigos. Esa noche, ya en la cama, comencé a sentir contracciones muy suaves pero regulares e indoloras. Como soy una buena médica, controlada y tranquila, entré en el cuarto de baño a examinarme el cuello del útero para ver si se estaba dilatando. Al hacerlo, rompí aguas. Pensé: «Maldita sea, ahora sé que realmente está sucediendo».[37] Muy pronto, sin el acolchado natural que ofrece el líquido amniótico, las contracciones comenzaron a venirme cada dos minutos, y eran mucho más molestas que al principio.

Llamé a mi madre, que tenía pensado ayudarme después del parto, y le dije: «Esto no me va a gustar». Ella me contestó que lo comprendía (después de tener seis hijos, sabía de lo que estaba hablando), pero que eso no duraría eternamente. En los años cuarenta, mi madre siempre tuvo que enfrentarse al proceso del parto sola, atada a la cama, sin analgésicos ni apoyo personal. En cada uno de sus partos, la dejaron inconsciente con fármacos, y después el tocólogo le entregaba el bebé como si fuera un regalo de él y no el fruto del parto de ella. A miles de mujeres como ella jamás se les dio otra opción, y ni siquiera sabían que había otras maneras de parir.

El dolor del parto fue mucho mayor de lo que yo imaginaba (siempre es peor cuando se ha roto el saco amniótico, cosa que no impide que algunos tocólogos sigan rompiéndolo prematuramente aunque no haya necesidad). Después de cinco años de formación, había visto parir a cientos de mujeres. Siempre me había fijado en aquellas que daban la impresión de no sentir dolor, y estaba absolutamente segura de que yo sería una de ellas. Pero ahí estaba, atascada. Me sentía como si estuviera encerrada dentro de una caja sin tener otra salida que pasar por todo. Mi intelecto no podía sacarme de eso, y estaba decidida a que todo el proceso fuera natural. Ya confiaba más en el mundo natural que en el artificial hecho por el hombre. Lo que no conocía entonces era la hondura de mi programación y mi colaboración con ese mismo mundo hecho por el hombre.

Llamamos a mi tocólogo, un hombre sensible con quien había trabajado varios años en el hospital. Él recomendó que mi marido y yo fuéramos al hospital. El problema era que lo único que yo deseaba era continuar en el suelo a gatas. Ir a cualquier parte me parecía lo más antinatural que podía ocurrírseme. Iba en contra de todos los instintos de mi cuerpo.

No tenía nada preparado para ir al hospital, de modo que mi marido buscó a toda prisa un bolso y puso algo de ropa interior, un camisón y el cepillo de dientes. Después trató de vestirme, me sacó por la puerta y me metió en el coche. Casi tuvo que llevarme en brazos. Si se me hubiera permitido seguir mis instintos, jamás habría dejado mi posición a gatas en el suelo.

Cuando llegamos al hospital, lugar donde llevaba trabajando casi cinco años, tuve que pasar por la oficina de admisión como paciente. Allí habían extraviado mis papeles y no querían dejarme subir a la planta de maternidad, donde me esperaban mis amigas enfermeras y mi médico. Esa fue mi introducción a la burocracia de los hospitales. (Estar de parto en el vestíbulo del hospital, sola, es inhumano; pero esa es la experiencia que tienen miles de mujeres.) Sencillamente salí de allí, cogí el ascensor de atrás y subí sola a la sala de partos.

Cuando me examinó mi médico, tenía una dilatación de cuatro centímetros (tiene que ser de diez centímetros para comenzar a pujar). Las tres horas siguientes tuve contracciones frecuentes, pero la dilatación no pasó de seis centímetros y continué «estancada» esas tres horas. Según el monitor, el ritmo de contracciones era «disfuncional». Aunque las contracciones eran muy dolorosas y no tenía mucho descanso entre ellas, simplemente no hacían su trabajo. Tenía lo que se llama «inercia uterina hipertónica», es decir, aunque hay contracciones, estas no son eficaces; son irregulares y se producen en todo el útero al mismo tiempo, como el corazón cuando entra en fibrilación auricular. (A veces el corazón de arriba, el del pecho, hace lo mismo que el corazón de abajo, el útero.) En lugar de comenzar arriba y avanzar en oleadas hacia la parte inferior del útero, empezaban en muchas partes a la vez. La labor del parto no progresaba bien. Era como tratar de sacar pasta dentífrica apretando un poco el tubo en quince partes diferentes, en lugar de apretar con fuerza en el extremo para que la pasta salga uniformemente.

Cuando el médico me dijo que no había hecho ningún progreso en tres horas, supe lo que venía a continuación (recuerda que mi intelecto creía que yo estaba al mando de mi parto). «De acuerdo —dije—, poned la intravenosa, enchufad el electrodo fetal y colgad la oxitocina». La oxitocina es un fármaco que contrae artificialmente el útero. Una vez que comenzó a entrar la oxitocina, las contracciones se hicieron casi insoportables, llegando a una plena intensidad casi desde el comienzo.

Ninguna cantidad de respiración Lamaze logró distraerme de la intensidad de la sensación de que la parte inferior de mi cuerpo estaba atrapada por unas tenazas.[38] En algún momento miré el reloj y vi que eran las 11:15 de la mañana. Recuerdo que pensé: «Si esto continúa otro cuarto de hora, voy a necesitar anestesia epidural». No sabía que estaba en la fase de transición, la parte más intensa del proceso del parto, justo antes de que se dilate totalmente el cuello del útero. Dentro de los doce minutos siguientes sentí repentinamente el impulso de pujar. Era la sensación corporal más potente que había sentido en mi vida, e imposible de resistir. Por mi mente pasó como un relámpago el pensamiento: «Si alguna vez le digo a una mujer que no puje cuando todas las fibras de su cuerpo le dicen que puje, ¡que me parta un rayo!».

En dos empujes, Ann salió casi volando de mi cuerpo. El tocólogo literalmente la «agarró al vuelo». Aunque estaba en la «sala de partos», no estaba en la «cama correcta» y escasamente logré llegar a ella a tiempo. (En la actualidad las salas de maternidad están equipadas con camas que se adaptan para el parto, de modo que no es necesario trasladarse de una cama a otra.)

Ann lloraba y lloraba, y aunque casi de inmediato le di el pecho, de todos modos llevó un buen tiempo calmarla. Creo que eso se debió a que la oxitocina hizo demasiado rápida la segunda fase del proceso del parto; esta fue demasiado intensa para Ann y para mí. Ni ella ni yo tuvimos mucho tiempo para recuperarnos entre contracción y contracción.

Normalmente una mujer primípara tarda una hora o más en hacer salir al bebé, que es la segunda fase del proceso del parto, a partir del momento en que el cuello del útero está totalmente dilatado hasta el parto propiamente dicho. Yo pasé de seis centímetros de dilatación al parto en menos de una hora; mi útero fue impulsado por un potente fármaco, lo cual es una experiencia muy intensa y claramente no natural.

Hasta hoy mi hija no se siente particularmente «cómoda» en su cuerpo y le dan miedo los riesgos físicos, por ejemplo esquiar y hacer excursiones. Aunque esto se debe a diversas razones, en el fondo sé que el hecho de ser lanzada al mundo con tan poco tiempo para adaptarse al proceso del parto fue una experiencia aterradora para ella. Tuvo dificultades para mamar y jamás durmió bien. Parte del motivo es que nació pequeña (2,496 kg) y prematuramente (a las 38 semanas y media), y parte es su personalidad, pero otra parte es la forma en que nació. Todo esto lo he hablado con ella. En ese tiempo yo no sabía lo que sé ahora y ni por un

minuto me culpo. Sin embargo, sí me permito sentir tristeza por esa experiencia, que casi todo el mundo consideraría un parto totalmente normal.

Después de nacer Ann, el cordón umbilical se desprendió de la placenta y esta tuvo que sacármela manualmente el médico. El explosivo y descontrolado parto me hizo llorar, de modo que aunque el proceso de sacarme la placenta fue algo doloroso, nada pudo igualar el dolor de esas contracciones inducidas por la oxitocina. Me sentí eufórica de que todo hubiera acabado. Había tenido un «parto vaginal normal» y me sentía afortunada porque había evitado la cesárea. La mayor parte de las tocólogas son tratadas como «pacientes de alto riesgo» en el embarazo y el parto, porque las médicas (y otras mujeres a las que su educación ha separado de su conocimiento femenino instintivo) suelen separar el intelecto del cuerpo, desconfían de su cuerpo e inconscientemente se predisponen a la posibilidad de tener problemas durante el parto. Como grupo también corremos el riesgo de trabajar demasiadas horas durante el embarazo para «demostrar» que somos capaces de «manejar la situación» y competir con los hombres.

Ahora, cuando miro atrás, me doy cuenta de que el hecho de quedarme «atascada» en los seis centímetros de dilatación fue una metáfora perfecta de mi ambivalencia respecto a tener un bebé y de lo que sentí durante el proceso del parto. Me sentí «atascada» y atrapada por el dolor, algo para lo cual mi intelecto no me había preparado. Mi intelecto, como recordarás, pensaba que yo estaba haciendo un experimento con mi útero. No estaba muy entregada a tener realmente un hijo. No había hecho espacio en mi vida para un bebé. Había pasado la década anterior «demostrándome» a mí misma y «demostrando» al mundo que valía tanto como cualquier hombre, y los hombres no hacen bebés.

Otro factor que favoreció mi parto disfuncional fue el hecho de salir de la posición a gatas en que estaba en mi casa, ir al hospital, pasar por admisión y contestar a preguntas médicas y sobre el seguro médico para formularios que yo ya había llenado varias veces. Todas esas cosas son interrupciones del enfoque interior que se necesita para un parto normal. Yo no sabía eso en ese tiempo, aunque había visto a incontables mujeres llegar al hospital en un proceso activo del parto que se volvía más lento o disfuncional después de ser «procesadas por el sistema».

En esos momentos era yo la que estaba teniendo un bebé, algo que no cambiaría mi vida, según había decidido. Demasiado tarde comprendí que lo que necesitaba cuando me quedé atascada era una comadrona o un médico con cualidades de comadrona, de preferencia una mujer sabia (o un hombre sabio, porque sí existen parteros y tocólogos con alma de partera) que hubiera hecho de madre y que confiara en el proceso del parto y en los mensajes que enviaba mi cuerpo. Necesitaba a alguien que me hubiera dicho: «Entra en tu interior y háblale a tu bebé. Dile que está bien salir, que estará muy bien». Entonces la comadrona me habría llevado a caminar por el pasillo, que es un modo muy eficaz de regularizar las contracciones. Podría haberme ayudado a trabajar mi ambivalencia respecto al hecho de tener un bebé.

Para mi segundo parto sí recurrí a una comadrona. Comencé el proceso del parto en casa y pasé un tiempo en la bañera. (Estudios realizados en Suecia han demostrado que las mujeres que realizan la labor del parto en agua caliente dilatan mucho más rápido.) No quería irme al hospital mientras no fuera necesario. Mi marido estaba durmiendo y no lo desperté hasta que supe que el proceso del parto iba bien, varias horas después. Cuando él me examinó, ya tenía una dilatación de siete centímetros. Nos fuimos al hospital; mi colega la doctora Mary Ellen Fenn salió a recibirme a la puerta y aparcó mi coche, un gesto de apoyo que siempre agradeceré.

Cuando llegué a la sala de partos, ya tenía una dilatación de nueve centímetros. Pasé el resto del proceso de pie, balanceándome, apoyándome en un pie y después en el otro. Mi segunda hija era mucho más grande que la primera al nacer; pesó 3,830 kilos. Presentó la cabeza en lo que se llama posición posterior (dentro de mi cuerpo estaba con la cara hacia arriba). En ningún momento sentí el impulso de pujar, pero de todos modos lo hice, con gran esfuerzo. Cuando ya estaba totalmente dilatada, seguía sintiendo las contracciones igual que cuando tenía una dilatación de nueve centímetros. No me hicieron episiotomía (ese corte quirúrgico que se hace en la vagina antes del parto, supuestamente para aumentar de tamaño la abertura y evitar desgarros) y no tuve ningún desgarro. Mi hija Kate y yo salimos del hospital una hora después de que naciera. La niña estaba tranquila y sosegada, y así ha sido desde entonces. Su personalidad y su tipo corporal son totalmente diferentes de los de su hermana.

Tener conmigo a una comadrona en la sala de partos fue el cielo. Me sentí profundamente apoyada. Esta vez tenía mucha más confianza en mí misma, y tenía listas todas las cosas para el bebé. Recuerdo que durante ese segundo proceso de parto pensé que todas las mujeres se merecen esa misma cantidad de apoyo. Cada mujer debería dar a luz en la posición que su cuerpo desee, sea cual sea. Debería estar rodeada de personas amigas de su elección (no espectadores, sino personas que apoyan, y hay una enorme diferencia). Todas deberían ser masajeadas, atendidas y mimadas durante el proceso del parto.

En mi segundo parto tuve dolores, claro, pero entré muy profundo dentro de mí con ellos. En mi primer parto, combatí el dolor y me aferraba a mi marido desesperada, ni siquiera lo dejé ir al lavabo. Pero en el segundo sentí como si se tratara de algo entre mi bebé y yo. Tuve mucho tiempo de descanso entre contracción y contracción y para conversar con las personas que me asistieron. Me daban fricciones en la espalda y eso era fabuloso. Ningún fármaco intervino en el proceso. Aprendí a confiar en mi cuerpo y me dejé ir en una especie de rendición a un proceso que era yo, pero también algo «mayor» que yo. No aprendí nada de eso en mi formación como residente, ni siquiera lo aprendí observando a mujeres durante el proceso del parto, aunque creo que se puede aprender de esa manera y que finalmente lo habría aprendido. Lo que hay que hacer es confiar en la naturaleza, esperar lo mejor y quitarse de la carne las garras letales del intelecto.

El proceso del parto se siente como algo muy instintivo y primitivo, pero dado que nuestra cultura nos enseña a desconfiar de nuestros instintos, generalmente relacionamos la palabra «primitivo» con «ignorante». El diccionario Random House define «primitivo» como «no afectado o poco afectado por influencias civilizadoras». Pues bueno, así es exactamente como se siente la labor del parto. No podemos hacerla con el intelecto. Las mujeres necesitamos recuperar esa parte animal nuestra y abrazar esa sabiduría antiquísima y necesaria. Aunque en un momento el método Lamaze me pareció un paso en la dirección correcta, porque intenta ayudarnos a escuchar al cuerpo, he comenzado a reconsiderar ese método de clases de parto preparado. La respiración Lamaze, por ejemplo, ahora me parece simplemente otro intento por controlar nuestro cuerpo y continuar desconectadas. En lugar de hacer un resoplido de seis jadeos durante mi segundo parto, desearía haber gritado fuerte, para que los gritos me ayudaran a expulsar a mi hija. Pero yo era demasiado «profesional» (léase «desconectada») para hacer eso. Me entristecen profundamente todos los partos innecesariamente «medicalizados» que ocurren debido a que las parturientas no confían en sí mismas y no están rodeadas por las personas que podrían asistirlas en este proceso.

Convertir la labor del parto en poder personal

Confiar en el proceso del parto y saber sintonizar con el bebé son habilidades que favorecen el parto y lo convierten en una experiencia que nos ofrece la oportunidad de capacitarnos, facultarnos. En lugar de huir de estas lecciones, podríamos aprender muchísimo si estuviéramos dispuestas a abrazarlas.

La doctora Bethany Hays, una de mis colegas, es madre de tres hijos. Ella me escribió las siguientes reflexiones sobre el dolor del parto y sobre el modo en que podemos trabajar «con» él:

> Yo solía pensar que la labor del parto era una simple cuestión de arreglárselas con el dolor y el miedo al dolor. Sabía que el dolor del parto es cualitativamente diferente de cualquier otro dolor que experimentamos en el cuerpo. Jamás he convenido con la teoría del castigo de parir con dolor. Buscaba una explicación natural y racional. No creía tampoco que el dolor del parto fuera un capricho de la madre naturaleza, así como no creía que fuera un castigo de Dios.
>
> En todas las otras formas de dolor, el dolor está allí para decirnos que algo va mal: «Deja de andar, tienes un trozo de vidrio incrustado en el pie», «No comas tanta guindilla, que produce acedía». Yo sabía que el motivo del dolor del parto, al menos en la mayoría de los casos, no está relacionado con nada que vaya mal. El proceso físico del nacimiento es totalmente normal y está exquisitamente programado por la naturaleza para asegurar una salida sin riesgo del bebé, causando las lesiones mínimas a la madre. El dolor forma parte de ese programa, y yo tenía que observarlo en ese contexto para comprender su finalidad.
>
> Observando a las mujeres a lo largo de sus embarazos, comencé a comprender que la naturaleza tenía que enviar una señal para que las mujeres dejaran de hacer lo que estaban haciendo, buscaran un lugar seguro para dar a luz y reunieran a personas a su alrededor para que las ayudaran. Para algunas, nada inferior a un golpe con un mazo de hierro sería suficiente. Tenía que ser una señal a la que nadie hiciera oídos sordos, pero que al mismo tiempo permitiera a la madre participar en el parto si las circunstancias así lo requerían.

Ciertamente el dolor de la labor del parto es una fuerte señal que dice: «Deja de hacer lo que estás haciendo y presta atención». En lugar de la mentalidad cultural del «sin sacrificio no hay beneficio», que suele llevar al maltrato de una misma, beneficiarse de los dolores del parto es una forma totalmente diferente de estar con el dolor. Una vez que la mujer ha dejado de hacer lo que estaba haciendo, ha reunido a personas que la apoyen y ha encontrado un lugar seguro para parir, ha llegado el momento en que debe utilizar ese dolor para otra cosa. La doctora Hays sugiere que en ese momento el dolor es algo que hay que permitir, y señala que uno de los significados de «sufrir» es «permitir», como cuando Jesucristo dijo: «Dejad que los niños vengan a mí».*

---

* En inglés esa frase es *Suffer the little children to come unto me.* (N. *de la T.)*

Cuando ya está instalada en su labor de parto, la parturienta debe entonces «permitir» el dolor. Agitarse y revolcarse no le sirve de nada; pero entrar en lo más profundo de su interior sí. Hace poco la doctora Hays y yo estábamos hablando sobre el dolor del parto y sobre cómo podríamos ayudar a las mujeres a trabajar con él; nos relatamos mutuamente algunas historias de mujeres que parecían «irse a otro lugar» cuando estaban en el proceso del parto, y ella me contó el caso de la esposa de un estudiante de medicina a la que una vez le tocó asistirle el parto:

> Durante la labor del parto esta mujer estaba sentada muy sosegada en la cama, con las luces medio en penumbra; tan concentrada estaba que su madre y su marido pensaron que probablemente no iba de parto. Pero no sólo había comenzado la labor del parto, sino que cuando finalmente abrió los ojos y habló, dijo: «Creo que es el momento de pujar».
>
> Después del parto, movida por la curiosidad, le pregunté adonde había ido cuando le recomendé que «se fuera a otra parte». (Al comienzo de la labor del parto, la noté muy desconectada de su cuerpo y le recomendé que se pusiera cómoda, se concentrara, se relajara y simplemente «se fuera a otra parte».) La respuesta fue totalmente inesperada: «Ah, me estaba concentrando en el dolor». Esa respuesta me desconcertó. ¿Puede una mujer realmente afrontar el dolor del parto no distrayéndose y concentrándose en otra cosa, en su «respiración», en un «punto focal» o en fantasear con un viaje al Caribe, como me habían enseñado? ¿Puede en realidad concentrarse en su cuerpo, en el trabajo que está haciendo, en el propio dolor?

La doctora Hays comenzó a interrogar a las mujeres que realizaban su labor de parto sin ruido y sin mucha actividad. Una le dijo: «Bueno, simplemente me concentré en el cuello del útero, haciéndolo abrirse para dejar pasar la cabeza de mi bebé». El hilo común en todos estas labores de parto era que las mujeres permanecían con el dolor. Entraban en su interior, al lugar donde estaba el dolor, y lo permitían.

A la pregunta: «¿Adonde fuiste durante las contracciones?», una de sus pacientes le contestó con una hermosa imagen del parto: «Bueno, cuando estás en el mar, en medio del fuerte oleaje, si te quedas en la superficie, las olas van a lanzarte contra los acantilados y las rocas, te entrará mucha agua por la nariz y la boca y te dará la impresión de que te estás ahogando. Pero si te sumerges, te afirmas en algo y dejas pasar la ola por encima, logras salir en medio y te sientes muy bien. Bueno, eso fue lo que hice durante la labor del parto. Cuando venían las contracciones, me sumergía y las dejaba pasar por encima».

La imagen del agua es muy común cuando las mujeres explican un parto normal.

Durante mi segundo parto, comprendí que había «permitido» la labor de un modo muy diferente a como lo hice en el primero. El parto es una verdadera labor, tiene su propio ritmo y su cadencia, y es superior a nosotras. Por ese motivo, dejarnos llevar, dejar que nos arrastre, es algo que nunca olvidamos. Y es una fabulosa preparación para el toma y daca de ser madre.

El parto y la sexualidad femenina

Cuando salí del hospital después del nacimiento de Ann (unas seis horas después del parto), fue maravilloso meterme en la cama al lado de mi marido, con nuestra pequeña hija dormida en una cuna junto a mi cabeza. Ella era un regalo que habíamos creado juntos los dos. En ese momento sentí deseos de hacer el amor, y eso fue lo que hicimos (sin verdadero coito, sin embargo).

Muchas mujeres describen el parto en un ambiente natural como algo erótico. En su clásico ***Spiritual Midwifery,*** Ina Mae Gaskin escribe que durante la labor del parto las mujeres necesitamos ser amadas, tratadas como Diosas. Otro sugerente libro que leí una vez decía que el nacimiento de un bebé es la coronación del acto sexual: concepción, gestación y finalmente parto. Con el nacimiento de un bebé se completa el círculo. Ese libro recomendaba que el parto tuviera lugar entre la madre y su compañero, en que ella le regala a él ese bebé que él le regaló a ella antes.

El ambiente del hospital, en el que entran y salen personas totalmente desconocidas, no es muy propicio para que la mujer conecte con su yo más profundo. Tampoco favorece las demostraciones de afecto espontáneas entre la mujer y su pareja. Esas demostraciones incomodan mucho al personal porque los convierte en mirones potenciales. Para algunos es un problema ver al marido abrazando a su mujer desde atrás, con las manos bajo los pechos mientras ella está sentada en cuclillas. Además, en muchos hospitales les preocupa mucho que el cuerpo de la mujer esté bien cubierto todo el tiempo, pese a que en medio de los esfuerzos por empujar al bebé, a la mayoría de las mujeres esto no podría importarles menos.

Bethany Hays escribe:

Cuando comencé a reconsiderar mis partos, comprendí que también yo había hecho la tentativa de entrar en mi interior para afrontar el dolor. Sin embargo, mis partos estuvieron llenos de mucha violencia. Hace poco encontré un diario de cinco días que escribí después del nacimiento de mi primer hijo, nacimiento del que siempre he hablado con mucho orgullo por lograr dar a luz a un bebé de 4,256 kilos con el método Lamaze.

Sin embargo el lenguaje que usé en aquellos días siguientes al parto era un lenguaje de maltrato físico: «Enfurécete y expulsa a ese bebé». Recuerdo que pensé que el parto era una mezcla de pérdida y de consecución, de alegría y de trauma. Recuerdo mi aflicción por la pérdida de mi vagina y perineo normales después de una episiotomía de cuarto grado [una episiotomía que incluye el revestimiento del recto]. Recuerdo que me sorprendió lo poco que me dolió eso. Recuerdo que cada centímetro de mi cuerpo se sentía como si lo estuviera atacando «una palanca para sacar neumáticos de las llantas».

Recuerdo que deseaba estar sola para encontrar la forma de reconciliar esos sentimientos tan intensos, felices y al mismo tiempo amenazadores. Recuerdo que en el fondo sabía que eso tenía relación con mi sexualidad, con mi centro erótico. Pero han sido necesarios muchos años para comprender que había rechazado mi capacidad superior innata para tratar el dolor de mis partos: esa fuente de energía elemental que no paraba de llamarme.

Para Bethany Hays la labor del parto fue como una experiencia de ser dividida en dos: una que deseaba hacer respiración Lamaze y mantener una conversación racional con las personas que la asistían, y otra que la atraía hacia «un pozo interior» que la aterraba. Yo también recuerdo haberme sentido dividida en dos en mi primer parto. Una parte de mí luchaba contra el dolor y otra parte leía el monitor fetal con el adiestrado ojo de una médica que sabe que a pesar de las muy variables desaceleraciones (bajones del ritmo cardiaco) que mostraba el monitor, la «variabilidad latido a latido» (otra medida del ritmo cardiaco) era excelente. (Ahora sé que esa franja del monitor indicaba que mi hija estaba asustada.)

Bethany me contó que se dio cuenta de que el método de respiración Lamaze le fue útil sólo hasta cierto punto. Cuando tenía el cuello del útero casi dilatado y era el momento de que el bebé atravesara la pelvis, de pronto se sintió incapaz de hacer las respiraciones aprendidas que, según creía entonces, la habían llevado hasta ese punto. Cuando era el momento de pujar, recuerda que se ***encontró en*** un lugar que sólo podía identificar como «un sitio en el que no podía estar». Dice que en ese momento deseó librarse del bebé a toda costa. (Hay mujeres que cuando han llegado a ese punto gritan: «¡Fuera de ahí, sal!».) Durante su primer parto, esto significó para Bethany pedir que usaran fórceps. (Pero en su defensa, también comprende que estar echada de espaldas, atada a la cama, para parir un bebé de 4,256 kilos, después de estar pujando una hora y media, no es precisamente lo ideal.)

En sus siguientes partos volvió a encontrarse en ese «lugar terrible e inaceptable», en el que usaba todos sus poderes racionales para «desviar ese terrible tránsito por la pelvis». «Sé fuerte.» «Enfurécete y expúlsalo.» «No hagas caso del dolor y puja.» Según observa, esto le produjo «un considerable dolor y trauma». Pero las dos recordamos haber dicho cosas semejantes a nuestras pacientes una y otra vez: «Limítate a pujar en medio del dolor, expúlsalo. Enfurécete». Las enfermeras que asisten el parto también están formadas para hacer esto.

Años más tarde, en el ejercicio de su profesión, Bethany conoció a una mujer que le enseñó, y a mí también, el secreto de la segunda fase de la labor del parto, que ahora parece evidente: Las mujeres no deseamos pujar porque nos sentimos desconectadas de esa parte de nuestro cuerpo, y porque parir es una experiencia sexual, casi tabú con tanta gente mirando. En lugar de pujar en la segunda fase del proceso del parto como si estuvieran en una competición deportiva, las mujeres harían bien en dejar que el útero haga el trabajo, permitiendo a la vagina relajarse y entrar en la labor.

Durante mis años de prácticas como residente, las enfermeras me acusaban de ser la «doctora Dolor», porque no insistía en poner un anestésico espinal en todos los partos. Incluso en ese tiempo yo sabía que pujar para parir al bebé implicaba una cantidad de tiempo relativamente pequeña, y creía que era mucho mejor que la mujer estuviera bien despierta para su bebé que dejarle la parte inferior del cuerpo paralizada por el anestésico, lo cual hace necesario el uso de fórceps para extraer al bebé. Observé cómo muchas mujeres a las que se les ponía un anestésico espinal en partos rutinarios, se quedaban dormidas en la mesa de partos. Esas mujeres estaban mucho menos «presentes» para recibir a su bebé que aquellas que daban a luz normalmente.

En ese tiempo yo no me daba cuenta de que el parto forma parte del continuo de la sexualidad femenina y que al insensibilizar la mitad inferior del cuerpo a cualquier sensación dolorosa, también insensibilizábamos la posibilidad de sensaciones de éxtasis o sexuales.

Historias de mujeres

REBECCA: RECUPERACIÓN DEL PODER DEL PARTO. La siguiente historia está relatada por Bethany Hays, la tocóloga de Rebecca.

Este iba a ser el segundo parto de Rebecca; el primero había sido largo, pero le fue bien con la ayuda de la persona que la asistía y su atento y cariñoso marido. Llegó al hospital con una dilatación de siete centímetros y sintiéndose fabulosamente bien. Caminó y habló con las personas de su equipo de apoyo y bebió un poco de líquido. Toleró nuestras intrusiones médicas: el monitor, el aparato para tomar la presión arterial y el termómetro.

Transcurridas varias horas, la dilatación sólo había aumentado a ocho centímetros. Se sentía desconcertada y frustrada y deseaba «acabar con eso». Hablamos de sus opciones, entre ellas la ruptura del saco amniótico, que podría hacer bajar la cabeza del bebé hacia el cuello del útero. Este parecía preparado y lo suficientemente blando para permitir el paso de la cabeza, y estaba a la espera de algún trabajo desconocido que faltaba por hacer.

Después de considerar los posibles efectos negativos, se decidió por la ruptura del saco amniótico. En cuanto se hizo, las contracciones se volvieron más fuertes, pero pasado un rato el examen mostró que todavía no estaba totalmente dilatada. La cabeza aún estaba muy arriba en la pelvis. Al ponerse en cuclillas sintió cierto impulso de pujar, pero no lo hacía con eficacia. Su supervisora (la profesional que la asistía en la labor del parto) me recordó que durante el primer parto también había tenido dificultades para pujar; esa vez necesitó tres horas en la segunda fase del proceso y la aplicación de presión en la pared vaginal ***posterior para*** animarla a pujar.

Tal vez eso podría ir bien nuevamente, sugirió alguien. Así pues, estando Rebecca sentada en cuclillas, yo me arrodillé en el suelo, le coloqué dos dedos en la vagina y presioné firmemente sobre la pared posterior. La reacción fue una retirada inmediata y refleja. Comprendí que no sólo le estaba causando dolor, sino que también estaba desencadenando una reacción emocional mucho más seria. Mi reacción fue igualmente fuerte. «No —pensé—, no voy a participar en este abuso. Esto es un abuso sexual del cuerpo de otra mujer y no lo voy a hacer.»

—Rebecca —le dije—, probemos otra cosa.

Siempre me ha conmovido la confianza (muchas veces inmerecida) que me tienen mis pacientes, y sabía que ella confiaba en mí. Fuera cual fuera el nuevo plan, ella lo intentaría. El problema era que yo no tenía ningún plan, estaba improvisando. Le pedí que se pusiera cómoda y ella se acomodó medio reclinada en la cama, con su marido atrás, abrazándola.

—Ahora quiero que te relajes y escuches mi voz —le dije—. Primero, entra en tu interior, busca a tu bebé y ve dónde está en tu cuerpo. Cuando estés con él, dile que todo va bien, por si está asustado.

Mientras esperábamos, lentamente asomó una sonrisa a sus labios, y comprendí que estaba con su bebé. El monitor fetal ya no le molestaba; se vio una repentina resolución de las desaceleraciones variables de pequeñas a moderadas que había estado teniendo con las contracciones. [Las desaceleraciones variables son ritmos cardiacos relacionados con la compresión del cordón umbilical, que a veces pueden producir estrés al bebé.]

—Ahora —le dije—, quiero que simplemente escuches. Muchas mujeres no hemos tomado posesión de todas las partes de nuestro cuerpo. No nos permitimos sentir la vagina ni el perineo. Nos han parecido partes separadas de nosotras, que no están bajo nuestro control. Tienen connotaciones negativas: pornográficas o sucias. En muchos sentidos estas partes son problemáticas para nosotras. Pero la verdad es que son nuestras. Nos pertenecen igual como nos pertenecen las manos, los labios y la mente. Esta parte de tu cuerpo es tuya, y puedes recuperarla. Ahora mismo. Recupérala como esa parte tuya sensual y placentera que es en realidad. Puesto que es tuya, tú estás totalmente al mando. Puedes permitir que tu bebé avance por esa parte con toda la rapidez o lentitud que quieras. No tiene por qué hacerte daño, pero vas a sentir señales muy fuertes de esa parte de tu cuerpo que no estás acostumbrada a sentir. Permítete tener esas sensaciones y celébralas como la vuelta de una persona amiga que habías perdido hace mucho tiempo.

Todos estábamos a la espera. Rebecca estaba totalmente relajada, apoyada en los brazos de su marido. La sala estaba en silencio, sólo interrumpido por el monitor fetal, que calladamente atestiguaba el continuado bienestar del bebé. Yo me preguntaba si me estaría engañando a mí misma, convencida de que todos debían de estar pensando que estaba loca.

De pronto advertí que con cada contracción le aumentaba de tamaño el perineo: la cabeza estaba bajando. Bueno, estaba dando resultado. De vez en cuando Rebecca se desconectaba de su cuerpo, se asustaba y se aferraba a su marido. Cuando le ocurría esto, inmediatamente el ritmo cardiaco del bebé mostraba prolongadas desaceleraciones variables con una lenta recuperación. En esos momentos yo le repetía:

—Vuelve a hablar con tu bebé, Rebecca. Está asustado. Recuerda, no vayas más rápido de lo que quieres. Este es tu cuerpo. Todo entero te pertenece.

Nuevamente ella se tranquilizaba. Vimos que la cabeza del bebé comenzaba a coronar [a asomar, justo antes del parto]. Muy pronto, con poco o ningún esfuerzo para pujar, el bebé nació en los amorosos brazos de su madre.

Después de oír esta historia comprendí que la segunda fase de mi segundo parto podría haber sido diferente si hubiera tenido un médico como Bethany Hays. También comprendí que he participado en el inconsciente abuso físico de muchas parturientas presionándoles en la vagina para ayudarlas a empujar y animándolas, como un entrenador de fútbol, a «expulsar al bebé». No lo habría hecho si hubiera sabido lo que sé ahora.

AMANDA: PARTO EN CASA. Bethany también asistió a un parto en el que una de sus pacientes entró en el interior de sí misma de un modo que ni ella ni yo imaginábamos posible. El primer bebé de Amanda nació con cesárea, practicada por Bethany. «Pensé que habíamos hecho lo correcto —dice Bethany—. Ella estaba sana y llena de confianza y deseaba un parto normal, sin anestesia. Tenía el apoyo de su familia y sus amigas. Aunque todo parecía perfecto, el bebé simplemente no salía. Hicimos todo lo que sabíamos hacer, que en ese tiempo no era mucho. Finalmente le hice una cesárea».

Para su segundo embarazo, Amanda volvió a ponerse en manos de Bethany y le dijo: «Esta vez quiero un parto normal». Bethany se mostró de acuerdo y le dijo que pensaba que eso era totalmente posible. Las mujeres más motivadas para dar a luz suelen ser aquellas que no lograron hacerlo con su primer hijo, pero que no han perdido el deseo de intentarlo. Además, Amanda no quería tener a su segundo bebé en el hospital, porque pensaba que el ambiente del hospital había sido parte del problema la primera vez. Quería tenerlo en casa.

Durante años siempre he tenido un lugar especial en mi corazón para las mujeres que eligen el parto en casa. El motivo es que esas mujeres confían más en sí mismas que en los médicos y hospitales. Aunque a veces cometen errores, tienen algo que enseñarnos. Mi hermana tuvo un parto en casa, y yo desearía haber tenido al menos uno así. Aunque salí del hospital inmediatamente después de que nacieran mis hijas y ninguna estuvo en la sala de recién nacidos del hospital, de todos modos me habría gustado la experiencia de despertar con los dolores y no tener que meterme en el coche e ir a otra parte. Las dos veces sentí que eso era una interrupción muy antinatural de mi proceso.

Aunque Amanda quería que Bethany estuviera presente, esta no asiste partos a domicilio. Finalmente llegaron a un acuerdo. Bethany estaría allí solamente en calidad de persona que apoya durante el proceso del parto, y Amanda contrataría a la mejor comadrona que lograra encontrar. Políticamente es un gran riesgo para una ginecóloga y tocóloga asistir partos a domicilio. Muchos hospitales no se hacen responsables de los médicos que asisten partos a domicilio, y la mayoría de las compañías de seguros que cubren la negligencia médica no aseguran a tales médicos. (Muchos médicos incluso consideran que el parto en casa es un «maltrato al bebé», debido a los posibles riesgos del parto.) Pero Amanda estaba resuelta a que Bethany estuviera presente, y esta estaba interesada en apoyarla, mientras no fuera la responsable de la atención médica.

Tuvieron largas conversaciones respecto a los posibles riesgos (ruptura uterina, peligro para el feto...) y sobre lo que Bethany podía o no podía hacer si se presentaban esos problemas en casa. Finalmente Amanda la convenció de que ella se encargaría de la seguridad de su bebé y de la integridad de su útero, y que si notaba que no podía hacer ese trabajo sola se lo diría e irían todos al hospital.

Llegó el día del parto. El comienzo de la labor fue larga y dolorosa, pero Amanda no llamó a nadie. Cuando finalmente invitó a sus asistentes a acompañarla, la encontraron sentada en una mecedora. «Me siento fabulosamente —les dijo en una respiración; y con la siguiente añadió—: Esta tarde el dolor era tan terrible que creí que me moría». Después Bethany me comentaría: «No supe cómo poner juntas esas dos afirmaciones». Cuando se acercó el momento del parto, Amanda se echó de costado en su enorme cama. Bethany relata la historia:

Cuando nos acercamos para animarla, ella hizo un círculo en la cama. Con la cabeza en el centro, se movió haciendo todo un círculo con los pies en la cama, dos veces, maniobra que no había visto jamás en el hospital. Fue algo muy primitivo. Aunque yo no tenía claro qué representaba, confié en su necesidad de moverse así como parte de su labor especial de parto.

Hubo poca conversación. Amanda no decía nada y hacía muy poco ruido. Dio a luz a su hija a gatas sobre la cama, y después se inclinó sobre ella, arrodillada. Estaba en otra parte. Todos hicimos comentarios sobre la niña,

> pero ella no la estaba mirando; tenía el cuerpo en posición de éxtasis. Cuando le hablaban no respondía. Durante un momento temí que no pudiera volver de donde estaba. Entonces miró a su bebé y lentamente entró en su cuerpo, ¿o salió de su cuerpo?

Bethany le tomó una foto en ese estado extático, una foto que mostró en una reciente reunión médica en la que las dos dimos una conferencia sobre la salud de las mujeres. Por esa experiencia y por la lectura de *Shakti Woman*, de Vicky Noble,[39] me enteré de que el éxtasis que experimentó Amanda es posible para todas las mujeres durante el parto. Desde entonces he hablado largamente ***con*** algunas de mis pacientes que han tenido partos en casa. Hace poco una me contó que durante su parto en casa «abandonó su cuerpo» y se convirtió en un águila que volaba muy alto. No experimentó ningún dolor. Jamás se lo había contado a nadie. Pero a partir de ese momento, confiaba en su cuerpo por completo.

Las mujeres hemos aprendido colectivamente, aunque no siempre conscientemente, a temer la experiencia del parto, y en nuestro camino se han colocado todos los obstáculos posibles para impedirnos experimentar ese poder. Pero como dice Bethany: «Este tipo de parto es posible en muchos ambientes. Precisa una madre que confíe en su cuerpo y esté conectada con todas sus partes. Debe amar y desear a su bebé. Debe entender que el parto es un acontecimiento sexual y sentirse a gusto con su sexualidad. Debe sentirse segura. Necesita saber que las personas que la rodean aceptan su cuerpo y la naturaleza sexual de lo que está haciendo, no se sienten violentas ni avergonzadas por ella y no van a inmiscuirse en el proceso. Necesita saber que puede entrar en su interior y volver a salir, a salvo. Si nunca ha estado allí antes, necesita el amor que conecta a la tierra de su familia y personas amigas que, en caso de necesidad, la van a llamar para que vuelva».

Las mujeres que ya han tenido bebés de la manera estándar han de entender que no son responsables de lo que no sabían en esos momentos. Yo nací drogada, como todos mis hermanos y hermanas. Aunque nos amamantaron, de todos modos estuvimos horas en la sala de recién nacidos del hospital mientras mi madre despertaba. No era lo que ella deseaba, pero no sabía que tenía otra opción.

Ten presente que ser responsable simplemente significa «ser capaz de responder». Nadie tiene garantizado un parto perfecto. De hecho, el concepto «parto perfecto» forma parte del perfeccionismo del sistema adictivo. A veces un bebé necesita ser observado en la sala de recién nacidos inmediatamente después de nacer. A veces es necesaria una cesárea de urgencia. Cuando eso ocurre, no es un fracaso de la mujer. Ella es solamente una parte de un proceso complejo y misterioso. El propio bebé es también un participante activo en el proceso del parto. Cada bebé hace su contribución única al embarazo y el parto de su madre. Siempre podemos aprender algo de él y aprovechar la experiencia para nuestro crecimiento personal. Pero ocurra lo que ocurra, los padres deben participar tanto como sea posible en todas las etapas del embarazo y el parto. Necesitan comprender que su participación es muy importante para la salud de su bebé.

La recuperación colectiva del poder del parto

Imagínate lo que podría ocurrir si la mayoría de las mujeres salieran de su cama de parto con una renovada sensación de la fortaleza y el poder de su cuerpo, y de su capacidad para disfrutar del éxtasis al dar a luz. Cuando suficientes mujeres comprendan que el nacimiento de un hijo es una gran oportunidad de conectar con su verdadero poder, y cuando estén dispuestas a responsabilizarse de esto, recuperaremos el poder del parto y ayudaremos a colocar la tecnología en el lugar que le corresponde: al servicio de la mujer parturienta, y no como su dueña y señora.

Para muchas mujeres, tener un bebé es su primera experiencia de conexión con otras mujeres y con su inmensa creatividad. El parto tiene la capacidad de transformar nuestra forma de pensar acerca de nosotras mismas. Una de mis pacientes me dijo: «Me sentí una con todas las mujeres que han parido alguna vez. Me sentí poderosa y conectada con algo de mi interior que no sabía que estaba ahí. Ocupé mi puesto entre el linaje de mujeres madres».

13
La maternidad: El vínculo con el bebé

Las primeras caricias

El proceso de crear lazos afectivos con el nuevo bebé comienza mucho antes del parto propiamente dicho. Sin embargo, todo lo que sucede durante el nacimiento puede tener un poderoso efecto en los sentimientos de la madre por su nuevo bebé. Cuando yo estudiaba medicina, la costumbre era envolver rápidamente al recién nacido en una mantita esterilizada, enseñarlo brevemente a la madre y en seguida, como si la vida del bebé dependiera de estar en otra parte, llevarlo a un «calentador» en la sala de recién nacidos, mientras la madre miraba con ojos suplicantes, ansiosa de abrazar a su nueva creación. Los primeros estudios sobre el vínculo entre la madre y el bebé informaban que las nuevas madres acogían a su bebé acariciándolo primero cautelosamente con las yemas de los dedos y después estrechándolo piel contra piel, pero que esa reacción no era otra cosa que un mecanismo cultural, consecuencia de la separación inmediatamente después del parto. Durante mis años de residente, comenzamos a colocar a los recién nacidos sobre el abdomen de la madre en lugar de llevarlos en seguida al calentador. Si la madre abraza a su bebé, cubiertos los dos por una manta, el bebé no necesita ningún calentador externo, la madre es su calentador, como debe ser. En un parto normal, la madre coge en sus brazos al bebé y lo estrecha contra su piel tan pronto como este nace. Sabe que ese bebé es suyo y que necesita ser acogido y consolado inmediatamente.

El nacimiento de un bebé tiene también una enorme importancia para su padre. Cuanto más participe el padre, mejor. Margaret Mead dijo una vez que el motivo de que muchas culturas prohibieran la presencia del padre en el nacimiento de sus hijos, era que quedarían tan «enganchados» a la experiencia y al bebé que no serían capaces de salir, cobrar valor *y* continuar «haciendo sus cosas» como antes. Yo creo que en la mayor participación de los hombres en el nacimiento de sus hijos, no como jefes ni salvadores, sino como testigos de la maravilla de ese momento, hay una gran posibilidad de equilibrar nuestro mundo.

Nunca quise que mis hijas fueran llevados a la sala de recién nacidos del hospital, porque sabía lo diferente que era ese ambiente de lo que yo deseaba para ellas. Habían estado 40 semanas escuchando los latidos de mi corazón, bañadas en un cálido líquido y en un lugar oscuro. En la sala de recién nacidos del hospital estarían aisladas en pequeñas cunitas, solas, bajo las luces fluorescentes que están encendidas las 24 horas del día, atendidas por una desconocida. Yo sabía que toda mi fisiología estaba diseñada por la naturaleza para que mi bebé y yo formáramos «lazos». El calostro (la primera leche) contiene anticuerpos idóneos para proteger al bebé de los gérmenes, y su succión produce en la madre hormonas que inducen al útero a contraerse. Los bebés tienen un interés innato en establecer contacto visual a una distancia de unos 30 centímetros, que es la distancia entre los ojos de la madre y el bebé que está mamando. Mirar los ojos de mi hija, que ella me mirara a mí, hacerla dormir en íntimo contacto con mi piel, todas esas cosas han sido dispuestas por la naturaleza como el «pegamento» que continúa el vínculo madre-hijo que comenzó en el útero. Yo sabía que esas experiencias eran importantes para las dos.

A demasiados bebés se los llevan a la sala de recién nacidos para «asearlos» después del parto (para quitarles toda esa «suciedad» de la vagina). Ese baño puede hacerle bajar la temperatura hasta tal punto que las enfermeras no quieren llevar nuevamente al bebé a su madre hasta que le haya subido la temperatura. ¿Para qué bañar a mi niña y enfriarla?, pensaba yo. ¿Por qué no darle de mamar, tenerla abrazada contra mí y continuar juntas, simplemente?

Cuando tuve a mi primera hija, fui a la planta de atención posparto, pero retuve a Ann conmigo. Cuando me levanté para ir al lavabo la llevé conmigo. Entró una enfermera y me chilló desde la puerta:

—¿Dónde está el bebé?

—Aquí, conmigo —contesté yo.

—Va a tener que aprender a dejarla sola alguna vez.

—¡Pero no el primer día de su vida!

Yo tenía miedo de mi vulnerabilidad posparto. Muchas madres son dominadas por las enfermeras y yo no quería arriesgarme a discutir con ellas ni con sus normas, sobre cuándo podía y no podía tener conmigo a mi hija. Deseaba que mi madre pudiera tener en brazos a su primera nieta. En ese tiempo, la norma del hospital era que sólo los padres podían tener al bebé en brazos, como si el hospital fuera su «propietario». (Aunque ahora han cambiado esas normas, en esa época tenía que pelearme con las enfermeras para que dejaran que mi hija estuviera en brazos de sus abuelos, que habían viajado durante horas para ver a su nueva nieta y abrazarla. A veces, según quien fuera la enfermera encargada, no era mucho lo que conseguía.)

Yo sabía que esperar que la estancia en el hospital fuera un reposo era un mito. Lo que yo quería era estar en mi casa, y las dos veces salí del hospital el mismo día del parto. Las primeras semanas de vida son un periodo esencial de adaptación, tanto para el bebé como para sus padres. Ahora desearía haber pasado todavía más tiempo con mis hijas recién nacidas. Los estudios han demostrado una y otra vez que esas primeras semanas de vida son importantísimas para la salud.

El doctor John Kennell es un pionero en el campo del cuidado neonatal (del recién nacido).[1] La expresión «de alto riesgo» se refiere a cualquier bebé que necesite vigilancia intensiva durante el nacimiento y los primeros días, semanas o meses de vida. La mayoría de los bebés de alto riesgo son prematuros. Los sistemas corporales de muchos niños prematuros no están totalmente desarrollados en el momento de nacer, y esa es la causa de que corran un mayor riesgo de problemas pulmonares, de desarrollo y de alimentación, y de infecciones. El doctor Kennell y otro colega, el doctor Marshall Klaus, volvieron después la atención a prevenir los trastornos que hacían necesario llevar a los bebés a la sala de recién nacidos de alto riesgo. Descubrieron que había un porcentaje anormalmente alto de maltrato por parte de su madre a los bebés que nacían prematuramente o que tenían alguna enfermedad que hacía preciso que las enfermeras se ocuparan de su cuidado.

Sus estudios, primero sobre el vínculo madre-bebé y después sobre el vínculo padre-bebé, demostraron que las madres cuyo hijo permanece con ellas desde el nacimiento en adelante se vinculan mejor con su bebé y están más atentas a sus necesidades que aquellas cuyo hijo es llevado inmediatamente a la sala de recién nacidos del hospital para ser atendido por «especialistas».[2] Esos bebés son también más sanos e inteligentes en general, durante meses e incluso años. (Pero la psique y el alma humanas son muy resistentes. La separación no causa necesariamente un daño irreversible.)

Los estudios de Klaus y Kennell han demostrado lo que debería ser de sentido común para todos: que las caricias y el cuidado humanos tienen un efecto mensurable en la salud del recién nacido. En un estudio sobre caricias al bebé, lo que se llama «estimulación táctil», se comprobó que los niños prematuros que eran acariciados con regularidad aumentaban de peso con mucha mayor rapidez que los que no recibían caricias, aun cuando los dos grupos de bebés eran alimentados con la misma dieta. Y en un estudio realizado en la Universidad de Miami, los bebés acariciados fueron dados de alta antes, ¡lo cual significó un ahorro de miles de dólares por niño! [3]

Acariciar es algo muy sencillo, muy instintivo. Las madres embarazadas se acarician automáticamente el vientre, enviando amor y energía a su bebé no nacido, y practicando para cuando nazca. ¿Cómo pudimos idear un sistema en el cual en los primeros minutos de su vida se separa al bebé del amor y las caricias de sus padres, enviándolo solo a una sala atendida por desconocidas?[4] Ningún mamífero deja desatendidos y sin mamar a sus recién nacidos como lo hacen los seres humanos. Una osa es de lo más peligrosa cuando está protegiendo a sus crías. No permite que nadie ni nada se les acerque. A muchas mujeres les vendría bien un poco más de energía osuna.

Culturalmente hemos participado en el maltrato sutil y no tan sutil de nuestros vulnerables recién nacidos en nombre de la ciencia, en parte por miedo y desconfianza de nuestros instintos naturales. Aplicar nitrato de plata o pomada de eritromicina, substancias que escuecen, en los ojos del bebé para prevenir infecciones gonocócicas, es un ejemplo de esto. ¿Por qué hacerles eso a todos los bebés, incluso a aquellos cuyas madres no tienen gonorrea ni clamidia? Yo firmé un documento en el que expresaba que no quería que le pusieran nada en los ojos a mi hija. Sabía que no tenía gonorrea ni clamidia y no veía por qué a mi hija tenían que hacerle un tratamiento para algo que yo no tenía. El documento que firmé absolvía de toda responsabilidad al hospital por mi decisión, como debe ser.

Cortar inmediatamente el cordón umbilical después del parto es otro ejemplo de un acto muy estresante contra nuestros recién nacidos. Cuando nace un niño, su corazón y sus pulmones han de pasar por profundos cambios con relativa rapidez. El bebé pasa de un ambiente líquido en el que es alimentado por el torrente sanguíneo de su madre, a un ambiente aéreo en el que sus pulmones deben expandirse para comenzar el proceso de la respiración. Mientras ocurre este cambio, el cordón umbilical sigue latiendo, incluso después

del nacimiento, de modo que el bebé continúa teniendo ese sistema de oxigenación en su sitio mientras el nuevo se prepara para entrar en funcionamiento. Cortar el cordón umbilical inmediatamente obliga al bebé a hacer el cambio con más rapidez de la necesaria. Muchas madres y muchos médicos piensan que eso le produce una sensación de pánico, porque el niño siente que no hay suficiente aire. Esta práctica es como gritar la orden: «¡Venga, respira ahora, que si no...!».

En la mayoría de los partos normales, una vez que el niño ha nacido, se lo puede colocar sobre el vientre de su madre y dejar que el cordón umbilical vaya dejando de latir gradualmente, solo. Los bebés suelen descansar apaciblemente mientras ocurre esto. Respiran con suavidad y no lloran. De hecho, las madres y los padres a veces creen que algo va mal cuando su bebé está tan tranquilo después de nacer. La cultura les ha enseñado que un bebé que grita y está aterrado es normal. (Recordemos que lo que es normal en esta cultura no es siempre lo que es sano.) Hace una generación, un bebé fláccido e insensible era considerado «normal». Una amiga enfermera de la doctora Bethany Hays recuerda que en el primer parto que vio con el método de respiración Lamaze, pensó que algo iba mal porque el bebé no lloró inmediatamente.

Posparto: El cuarto trimestre

Aunque la mayoría de las mujeres no hacen planes para el periodo que va de las seis a las ocho semanas después del nacimiento de su bebé, es durante este periodo cuando experimentan enormes cambios físicos, emocionales y psíquicos que en esta cultura no se aprecian muy bien. Gran parte de la polémica sobre enviar a casa a la madre y al niño demasiado pronto tiene que ver con el hecho de que para muchas mujeres la atención y el descanso acaban tan pronto como llegan a su casa. Si bien el hospital dista muchísimo de ser un lugar ideal para descansar después del parto, ciertamente es mejor que llegar a casa y encontrarse con un fregadero lleno de platos sucios y un montón de ropa por lavar.

El cuerpo también pasa por algunos cambios inesperados. Por ejemplo, es normal sudar mucho y tener sofocos durante este periodo; esto forma parte del proceso de reajuste que sigue a las profundas adaptaciones del embarazo. Algunas mujeres observan también que se les cae el pelo, debido a los cambios hormonales (vuelve a crecer). También es normal sangrar de cuatro a seis semanas, mientras se cura en el útero el lugar donde estuvo la placenta. El otro problema corriente al que se enfrentan las mujeres después del parto es el dolor durante el acto sexual, sobre todo si se les ha practicado la episiotomía. Aunque muchos médicos dicen a las mujeres que pueden tener relaciones sexuales después de su visita de control a las seis semanas, podría ser demasiado pronto, sobre todo si se está amamantando. Aparte de la episiotomía, los cambios hormonales necesarios para la lactancia pueden producir sequedad vaginal. Esto no quiere decir (como temen algunas) que no se puedan tener relaciones sexuales; simplemente significa que se podría necesitar un lubricante vaginal hasta que acaben los cambios hormonales posparto. También es posible que la mujer esté tan agotada por pasar las noches en vela con su bebé que la relación sexual sea lo último que se le pase por la cabeza. Ten paciencia contigo misma (y pídele a tu pareja que lea esto para que también lo comprenda). Si yo gobernara la nación, insistiría en que todas las mujeres que acaban de parir tuvieran ayuda doméstica a jornada completa durante al menos dos meses después del parto, y que tuvieran tiempo para hacer una o dos siestecillas cada día. En algunas culturas tradicionales, las mujeres que tienen bebés recién nacidos son atendidas por la partera, su madres u otras mujeres durante dos o tres meses después del nacimiento del bebé. En ese tiempo sus únicos deberes son dar de mamar, descansar y restablecerse con el fin de estar totalmente disponibles para su bebé.

La depresión posparto también se diagnostica poco. Un 80 por ciento de mujeres experimentan esta depresión durante dos semanas después del parto. De un 10 a un 15 por ciento de mujeres sufren alguna forma de trastorno anímico después del parto, desde una depresión importante hasta ataques de pánico. Si la mujer tiene un historial de depresión, su riesgo es alto después del parto. Muchas mujeres que sufren de una depresión posparto volverán a experimentarla después de cada parto.[5] En uno de cada mil casos se produce una verdadera psicosis, cuyas características son que la mujer se desconecta de la realidad, tiene alucinaciones y oye voces. Una de mis pacientes pasó por este proceso con una medicación mínima, aunque tuvo que estar hospitalizada por un tiempo. Me contó que durante ese periodo sanó muchísimas cosas de su pasado, con su madre, su padre y con sus antepasados. Como dice ella: «Fue como ni hubiera tenido que entrar en esa oscuridad, de algunas generaciones de profundidad, para poder estar presente con mi bebé». Su conocimiento interior le dijo que esa reacción posparto era importante y estaba llena de información y energía. Al pasar por ese proceso, estando en él, sin reducirlo a un «desequilibrio químico», logró sanar totalmente y, en último término, también lo logró su familia.

Las mujeres que tienen un historial de depresión o psicosis deberán hablar de ello con su médico antes de que nazca el bebé, ya que un tratamiento adecuado puede prevenir que el problema se agrave. Se ha comprobado que los medicamentos antidepresivos son útiles en algunos casos. Las mujeres que sufren de síndrome premenstrual de moderado a grave podrían tener más riesgo de padecer una depresión posparto, sobre todo aquellas que se sienten muy bien durante el embarazo y responden bien a la progesterona natural. A este grupo de mujeres suele resultarles muy útil tomar progesterona tan pronto como sea posible después del parto.[6] También se ha usado el estrógeno con buenos resultados.[7] Lo fundamental es restablecer el equilibrio hormonal individual que apoya la estabilidad emocional. Cualquier sensación de fracaso o de frustración por no tener la experiencia deseada puede agravar la depresión posparto. Desde Europa una mujer me escribió lo siguiente:

> Soy madre de una hija que ahora tiene un año y medio y nació con cesárea. Esta operación cambió muchísimo mi relación con mi cuerpo. Incluso ahora, después de 16 meses, tengo la sensación de estar herida, no tanto en el cuerpo físico como en el energético. Hay mucho dolor físico y emocional conectado con esa operación. Conozco a bastantes mujeres que han tenido esta misma experiencia, e incluso hay un grupo de apoyo en mi ciudad.

Un proceso de parto que no resulta como se había planeado puede ser muy traumático para la mente y el cuerpo, y la mujer puede quedar con una especie de trastorno de estrés postraumático. En nuestro cuerpo puede haber muchos asuntos inconclusos relacionados con el parto si no te nos apoyó y ayudó totalmente. En cierto sentido esto se debe a que sabemos que muchas de esas operaciones quirúrgicas o intervenciones tal **vez** no habrían sido necesarias si nuestras circunstancias, nuestros pensamientos, nuestras emociones y el ambiente durante el proceso del parto hubieran sido diferentes. En estos casos recomiendo la Técnica Nambudripad de Eliminación de la Alergia para limpiar el cuerpo emocional. También pueden ir bien la hipnosis y la técnica llamada Desensibilización y Reprocesamiento del Movimiento de los Ojos. Este tipo de terapias son muy útiles para cualquier trastorno de estrés postraumático.

Un asunto inconcluso que tenga la mujer con su madre en el momento de dar a luz también puede aumentar el riesgo de sufrir una depresión posparto. Sharon tuvo su primer hijo a los 29 años. Una semana después del parto se sentía muy deprimida y llegó a pensar en dejar de darle el pecho a su bebé. Yo la animé a continuar, y eso aumentó muchísimo su autoestima. Acudió a un psiquiatra, con el que estuvo en tratamiento unos seis meses y finalmente salió de la depresión. Después me contó que creía que su depresión estaba directamente relacionada con el hecho de que su madre, alcohólica, no pudo acompañarla durante esa importante fase de su vida. «No estuvo presente conmigo cuando nací debido a su alcoholismo, y no estuvo presente en el nacimiento de mi hijo por el mismo motivo. Sin embargo, algo muy profundo en mí deseaba que ella estuviera allí, así que la invité a venir a ayudarme después que nació el bebé. Pero no es de fiar, nunca logró organizarse ni estar bien para ayudarme en nada; finalmente acabé siendo yo la madre, no sólo para mi bebé, sino también para ella. Es muy doloroso tener que renunciar a la fantasía de que algún día vas a encontrar a la madre que nunca tuviste.»

Al margen de sus circunstancias, toda mujer ha de comprender que tener un bebé es el verdadero «cambio de vida», y que es posible que no esté totalmente preparada para ese periodo estresante, sobre todo si no cuenta con ayuda y apoyo. Según mi experiencia, la mayoría de las mujeres no cuentan ni de cerca con el apoyo que necesitan durante el periodo posparto. Muchas sufren de falta de sueño y agotamiento. Recuerdo que más o menos a los cuatro días de haber nacido mi primera hija salí de casa para ir a la compra. Cerré la puerta y salí al porche; entonces recordé: «Dios mío, no puedo salir; tengo un bebé». En un momento de pánico comprendí que mi vida había cambiado para siempre y que no había forma de dar marcha atrás. En ese tiempo nos estábamos preparando para mudarnos, y cada día mi marido al llegar del trabajo me preguntaba cuánto había hecho. Yo le decía que lo único que podía hacer era alimentar al bebé, descansar un poco y preparar las comidas; estaba demasiado agotada y estresada para hacer cualquier otra cosa. Además, no lograba motivarme para poner la marcha superdirecta, algo que había hecho tan bien y durante tanto tiempo en mis años de formación médica. Pero yo no entendía eso y mi marido tampoco, así que mi «cuarto trimestre» no fue un periodo sanador, por decir lo mínimo.

La circuncisión

La circuncisión de un bebé es otro ejemplo de una operación dolorosa innecesaria. He practicado cientos de circuncisiones, y me siento incapaz de hacer una sola más. Aunque yo usaba un anestésico local, incluso insertar la aguja para inyectarlo causaba un dolor innecesario al bebé y no siempre servía de mucho. Son cada

vez más los médicos y los padres que comprenden que los bebés nacen con un sistema nervioso totalmente capaz de sentir dolor, y que la circuncisión sin anestesia es un acto de barbarie. El artículo principal del número de abril de 1997 del ***New England Journal of Medicine*** demostraba que un anestésico tópico (crema de lidocaína y prilocaína) disminuye de forma importante el dolor si se aplica de sesenta a ochenta minutos antes de la operación.[8]

Cuando yo hacía esta operación, le pedía a la madre que entrara en la sala para consolar a su bebé mientras lo circuncidaba, pero solía decirme que no, porque no soportaba la idea. Siempre procuré llevar personalmente al bebé recién circuncidado a su madre tan pronto como terminaba la operación, para que ella consolara al niño. No deseaba verlo herido y después solo en la sala de recién nacidos. La circuncisión es un ejemplo perfecto del triunfo de la emoción y las creencias anticuadas y no probadas sobre el sentido común y los datos científicos. De hecho, muchas compañías de seguros ya no la costean por considerarla «cirugía estética». Es cierto que la circuncisión hace más fácil tener el pene limpio en situaciones en que no es posible bañarse (tiempos de guerra), y puede disminuir el riesgo de cáncer del pene (que es muy excepcional). Pero tiene muy poca justificación médica circuncidar rutinariamente a los recién nacidos. El doctor George Dennison resume muy bien el tema de la circuncisión: «Para mí es absurda la idea de realizar cien mil mutilaciones en recién nacidos para prevenir el posible cáncer de un anciano».[9] Tampoco hay pruebas fehacientes de que circuncidar a un varón proteja a sus parejas femeninas de enfermedades de transmisión sexual. Lo que las protege mejor es la monogamia.

El tema de la circuncisión es un ejemplo perfecto de la fuerza y la influencia de la programación tribal del primer chakra en nuestros pensamientos y reacciones emocionales. Esta programación está tan arraigada que muchas personas no pueden ni siquiera hablar del tema sin sentir culpabilidad, negación u otras emociones fuertes. Sé que hablar del tema de la integridad corporal, las opciones y el dolor (si se hace la operación sin anestesia) puede causar la reacción de «matar al mensajero». Pero es posible examinar esa programación del primer chakra y trabajarla si se desea. Muchas parejas judías han reconsiderado el tema de la circuncisión y han decidido no hacérsela a sus hijos. Pero, ciertamente, esa no será la elección de todo el mundo.

Si yo hubiera tenido un hijo, lo habría cubierto con mi cuerpo para proteger su prepucio si hubiera sido necesario. Una de mis amigas tuvo un hijo hace poco y no lo hizo circuncidar. Cuando le pregunté por qué, su respuesta fue muy sencilla: «¿Para qué cortar automáticamente un trozo del cuerpo simplemente porque está ahí?». Incluso Benjamin Spock, el especialista en bebés de todos los tiempos, ha dicho que si tuviera que volver a hacerlo dejaría en paz el pene de su hijo.

He visto practicar circuncisiones en la sala de partos. «Bienvenido al mundo, pequeño. Ahora, para iniciarte bien, vamos a cortarte una de las partes más sensibles de tu cuerpo, ¡sin anestesia!» Se sabe que la circuncisión causa perturbaciones del sueño durante al menos tres días.[10] Yo creo que también tiene profundos efectos en la sexualidad masculina que no soy capaz ni de comenzar a formular adecuadamente en este libro. De hecho, es una forma de abuso sexual. Ciertamente pensamos así de la clitoridectomía, la circuncisión y la infibulación en las niñas, pero justificamos la circuncisión con el pretexto de que los bebés no la sienten porque son demasiado pequeños y no tendrá consecuencias cuando sean mayores. A mí se me enseñó que los bebés no sienten nada cuando nacen y que por lo tanto no van a sentir la circuncisión. ¿Por qué entonces cuando les ataba con correas los bracitos y las piernecitas al tablero (llamado «circuntensor») estaban muy tranquilos, y cuando comenzaba a cortarles el prepucio lloraban con gritos que me rompían el corazón? En algunos hospitales se continúa haciendo esta operación sin anestesia debido a esa errónea idea. Las mujeres que recuerdan los abusos sexuales a los que fueron sometidas en su infancia saben lo profunda y dolorosamente que han quedado marcadas en su cuerpo esas experiencias.

El prepucio es una parte del cuerpo con muchos nervios. No cabe duda de que la circuncisión «endurece» la delicada piel del extremo del pene. Los hombres que han sido circuncidados ya mayores y que por lo tanto conocen la diferencia, explican que sus sensaciones sexuales han disminuido. Uno de mis amigos, que no está circuncidado, dice que se pregunta si la violación es menos común en los países en los cuales no se circuncida a los hombres. Según su experiencia, el acto sexual con una mujer que no está excitada ni bien lubricada es tan doloroso para él como para ella debido a la sensibilidad del prepucio. El prepucio forma parte de la sabiduría corporal masculina. ¿Qué sensaciones podrían perderse si no se tiene? Además de ser una zona con muchos nervios, el prepucio es también perfecto para los trasplantes de piel y debería dejarse allí por si alguna vez el niño necesita uno. Actualmente los prepucios extirpados en la circuncisión se cultivan y se usan para trasplantes de piel temporales a personas que han sufrido quemaduras o después de ciertos tipos de intervenciones quirúrgicas. Un prepucio proporciona suficientes células para cubrir una zona del tamaño de cuatro campos de fútbol. En Europa la circuncisión se practica muy rara vez aparte de las poblaciones judías. Su popularidad en Estados Unidos todavía me sorprende.

La leche de fórmula frente a la leche materna

La alimentación artificial del bebé es otro tema que precisa ser reconsiderado. En los años cuarenta, la alimentación del bebé se convirtió en «científica». La esterilización de los pezones de la madre, de los biberones y de todo lo demás, y la profesión médica como grupo, relegaron la lactancia natural a una categoría inferior. Una goma dura y resistente vino a reemplazar el cálido pezón humano. Se puso horario y tiempo de duración a la lactancia. Aunque un bebé manifestara la necesidad de mamar con más frecuencia, a la madre se le advertía que no le diera el pecho hasta pasadas cuatro horas. Esa información estaba basada en un primer estudio de bebés muertos (que habían estado tan enfermos que habían muerto) en el que se descubrió que pasadas una, dos y tres horas todavía había alimento en el estómago del niño, pero que cuatro horas después de haber sido alimentado, el bebé tenía el estómago vacío. Igual que la episiotomía, el programa de alimentación cada cuatro horas fue aceptado e introducido en la cultura, y pasado un tiempo sencillamente se convirtió en una práctica estándar. Las necesidades de cada bebé se sacrificaron en aras de la eficacia y la «ciencia», con todas sus tomas de peso y medidas. ¿Te imaginas el sufrimiento de un bebé que llora para que lo abracen o alimenten y la madre no lo hace porque los «especialistas» le han dicho que no haga caso a sus instintos para no «malcriarlo»? (A los bebés se los pesaba antes y después de ser alimentados para asegurarse de que habían «tomado suficiente», una práctica que no da información fiable.)

Incluso ahora las mujeres le preguntan a su médico: «¿Cómo voy a saber si tengo leche suficiente?». No se les ocurre pensar (ni tampoco al médico, en algunos casos) que si el bebé está creciendo feliz y sano es que tiene leche suficiente. Dado que la confianza de las mujeres en sí mismas ha sido minada en todos los aspectos de su vida durante siglos, ¿cómo podemos esperar que confiemos en la capacidad de nuestro cuerpo para alimentar a nuestro bebé? (Por fortuna, a lo largo de los años, algunas sí confiamos.) Ni por un minuto supongo que todas las mujeres van a desear amamantar a sus bebés. A algunas eso les provoca demasiada ansiedad, y para otras el biberón es la única manera en que pueden conseguir que el marido participe en el cuidado del bebé, porque puede ayudar a dárselo. Todos debemos partir del punto en que estamos, pero deberíamos comenzar a hacerlo desde el conocimiento, y no desde la ignorancia. El fallecido James Grant, ex director ejecutivo de la UNICEF, defendió con mucha precisión la lactancia natural cuando dijo: «Estudio tras estudio demuestran, por ejemplo, que entre los bebés que no son amamantados hay mayores índices de muerte, meningitis, leucemia infantil y otros cánceres, diabetes, enfermedades respiratorias, infecciones bacterianas y víricas, enfermedades diarreicas, otitis media, alergias, obesidad y retraso en el desarrollo. Entre las mujeres que no amamantan hay un mayor riesgo de cánceres de mama y de ovarios».[11]

La naturaleza ha dispuesto las cosas de modo que cuando se pone al pecho al bebé inmediatamente después del parto, el acto de succionar estimula a la pituitaria de la madre a secretar las hormonas oxitocina y prolactina. La prolactina induce el comportamiento maternal, así como la producción de leche; estas hormonas disponen el escenario para la adecuada provisión de leche. Las madres que dan el pecho a su bebé inmediatamente después del parto tienen también menos problemas. Esas hormonas hacen contraer el útero, por ejemplo, lo cual sirve para que la placenta se desprenda de un modo natural, lo cual disminuye la pérdida de sangre. Además, la leche materna es diferente de la de vaca o la de fórmula, y es única en el sentido en que con el tiempo cambia su composición según las necesidades del bebé.

Entre los niños que han sido amamantados hay un tercio menos de hospitalizaciones que entre los que han sido alimentados con biberón, y menos alergias. La leche de vaca es muy alergena y puede ser causa de incontinencia urinaria, eccemas, infecciones recurrentes, catarros, dolor abdominal, depresión y otros síntomas en niños alérgicos.[12] Frank Oski, director de pediatría de la Facultad de Medicina del Hospital Johns Hopkins, informa que un tercio de la carencia de hierro en los niños está causada por hemorragias gastrointestinales relacionadas con el hecho de tomar leche de vaca.[13] La leche de vaca puede ser causa de reacciones alérgicas posteriores al polen, el polvo y otras substancias. (Mi marido, que fue alimentado con biberón y de pequeño tenía asma, es alérgico a los gatos en su vida adulta solamente cuando come productos lácteos. Esto les ocurre a muchas personas.) Los bebés que son alimentados con la leche materna tienen el arco dental y el paladar más normales que los alimentados con biberón. Un meticuloso estudio demostró incluso que los bebés prematuros alimentados con leche materna tenían un coeficiente intelectual superior, lo cual sugiere que la leche materna tiene algunos componentes beneficiosos para el desarrollo del sistema nervioso.[14] (Este estudio fue excepcional en el sentido de que a los bebés se los alimentó con leche de fórmula o materna a través de un tubo, con el fin de controlar los conocidos efectos beneficiosos relacionados con que la madre tenga en brazos al bebé mientras mama.) Es bien conocido el hecho de que la composición de la leche materna es superior a la de la leche de fórmula, incluyendo su equilibrio de ácidos grasos esenciales, tan necesarios para el desarrollo del cerebro.

La mayoría de las mujeres tienen que volver al trabajo cuando el bebé tiene seis semanas de edad, lo cual hace más difícil amamantarlo de modo no restringido. Con «no restringido» quiero decir que la madre no pone horario ni límite de duración al amamantamiento, sino que simplemente responde de un modo instintivo a las necesidades del bebé. A las mujeres que amamantan instintivamente suele costarles recordar cuándo fue la última vez que le dieron el pecho a su bebé. Algunas madres me han dicho que no tenían la intención de dar el pecho precisamente porque debían volver al trabajo dentro de seis semanas. Pero podrían amamantar a su hijo solamente esas primeras seis semanas, o incluso los primeros días, para que el bebé reciba el calostro y para darle a su salud un comienzo con ventaja que ninguna fórmula artificial puede proporcionar. Nos engañamos a nosotras mismas cuando pensamos que esa fórmula para bebé puede hacer un trabajo tan bueno como el de la naturaleza. Ninguna cantidad de experimentos científicos puede inventar un alimento que sea más específicamente hecho para un bebé que la leche de su madre.

Yo me sacaba leche, la ponía en biberones y la congelaba, para que si estaba fuera otra persona pudiera alimentar a mis hijas con mi leche en biberón. Las dos niñas tomaban mi leche, directamente del pecho y en biberón, de modo que tanto ellas como yo salíamos ganando. Dar el pecho es también mucho más cómodo que preparar un montón de biberones, sobre todo en los viajes. Yo las amamantaba discretamente en los restaurantes, los congresos médicos, los cines y los teatros. Generalmente nadie se fijaba. Algunas personas, como el doctor Bernie Siegel, por ejemplo, me felicitaban y lo encontraban maravilloso. (Algunos bebés son francamente ruidosos para mamar y parecen cerditos, de modo que hay que adaptarse a su comportamiento y ser considerada.)

Ashley Montagu ha dicho: «Aprendemos a ser humanos en el pecho de nuestra madre». Amamantar es una de las cosas más naturales y nutritivas que la mujer puede hacer por sí misma y por su bebé. Sin embargo, vivimos en una cultura en la que es perfectamente aceptable andar por la playa con un tanga, pero no es aceptable dar de mamar a un bebé en un lugar público; eso se considera «obsceno». A las madres que amamantan a sus hijos que ya caminan se las considera un tanto «antinaturales», y se cree que fomentan una innecesaria dependencia en el niño, aunque se ha demostrado que las personas que se sienten más seguras en su vida posterior son aquellas que tuvieron un vínculo muy sano y físico con su madre en su infancia. Los niños que se sienten muy seguros suelen estar dispuestos a correr mayores riesgos en su vida posterior. Solamente en un patriarcado se nos ocurriría la idea de que coger al niño en brazos cuando llora y consolarlo cuando lo necesita es «malcriarlo». (Un aparte: ¿Por qué los adultos se acuestan con alguien mientras que los niños tienen que dormir solos?)

Las prioridades de nuestra cultura son totalmente lo contrario de lo que deberían ser, sobre todo en una época en que se ha hecho tan difícil para las madres nutrir a sus hijos adecuadamente y ganarse la vida al mismo tiempo. Yo cambié mis prioridades después de mi propia herida personal con el absceso de mama. El tercer día después del nacimiento de Kate, noté que no me salía leche del pezón derecho. Entonces comprendí totalmente el daño que me había hecho dos años antes. Sentí deseos de llorar. Recuerdo que me quedé sentada en la cama mirando a mi pequeña y hermosa hija, pensando: «Aquí te tengo, y ni siquiera soy capaz de alimentarte bien por haberme estropeado el cuerpo hace dos años tratando de demostrar que era un hombre». Sí que podía amamantar, pero la mayor parte del tiempo no lograba mantener una provisión de leche adecuada y tenía que complementarla con leche de fórmula, sobre todo siempre que estaba fuera de casa el tiempo suficiente para saltarme una mamada.

Me enfrenté a la realidad de que me había hecho un daño irreparable. Se me había enseñado que era «normal» sentir «depresión» alrededor del tercer día después del parto, pero mi depresión fue exacerbada por el conocimiento de que no podría amamantar a Kate de un modo completamente normal. De hecho, en su segundo día de vida tuve que complementar su dieta con leche de fórmula. Sabía que inmediatamente sus heces comenzarían a oler mal. Las heces de leche materna huelen a suero de leche debido al equilibrio bacteriano. Cambiar un pañal es una experiencia totalmente distinta cuando el bebé se alimenta con leche materna. Pero cuando se añaden alimentos de otras fuentes, las bacterias cambian y el olor se vuelve pútrido.

Aun cuando la comunidad médica ha comenzado nuevamente a recomendar la lactancia natural, la cultura suele impedir a las mujeres que amamanten a sus hijos alegando que esto les va a «estropear» los pechos. Algunas mujeres que han amamantado a un par de hijos sí advierten que sus pechos ya no parecen los mismos. Durante un tiempo después del parto y la lactancia pueden volverse bastante fláccidos, y es posible que tarden varios años en recuperar su forma. Generalmente eso se arregla con el tiempo, pero esa apariencia fláccida, aunque sólo sea temporal, no es lo que nuestra cultura considera atractiva.[15] Esto me lo ilustró una vez la historia que me contó una amiga que había amamantado a varios hijos. Una noche se estaba desvistiendo cuando entró en la habitación su hijo de cuatro años. Le miró el pecho y después le dijo mirándola a la cara: «Mamá, ¿que les pasa a tus pechos? ¡Se han muerto!». Un adelgazamiento rápido causado por una ali-

mentación inadecuada mientras se amamanta o una lactancia prolongada sin la alimentación adecuada puede agotar las reservas de grasa de los pechos y exacerbar este efecto. El adelgazamiento rápido también disminuye la provisión de leche.

La experiencia de producir leche, amamantar a un bebé y sentir «bajar» la leche en reacción a los llantos del niño, o en reacción a los propios pensamientos sobre el bebé, es una experiencia que nos conecta a todas las mujeres de todas partes. La partera que me asistió en el parto de Kate me contó que muchas veces sentía el reflejo de «bajar la leche» cuando oía llorar a un bebé o se daba cuenta de la necesidad de un niño, incluso después de que sus hijos ya estaban en la universidad. Yo todavía noto también de vez en cuando esa sensación de hormigueo en los pechos, sobre todo cuando siento mucha compasión o cariño por algo o alguien; es la forma que tiene mi cuerpo de decirme que tengo amor para dar a una persona o situación. Muchas mujeres experimentan esto. (También se ha demostrado que cuando se siente compasión, amor o aprecio aumentan los niveles de la hormona prolactina, necesaria para producir leche.)

Cuando confiamos en los fabricantes de fórmulas más que en nuestra capacidad de nutrir a nuestro bebé, perdemos la oportunidad de recuperar un aspecto de nuestro poder femenino. Pensar que la leche de fórmula para bebés es tan buena como la leche materna es creer que treinta años de tecnología son superiores a tres millones de años de evolución de la naturaleza. Incontables mujeres han recuperado la confianza en su cuerpo al amamantar a sus hijos, aun cuando al principio no estuvieran seguras de poder hacerlo. Es un acto de poder femenino y lo considero feminismo en su forma más pura.

Los recién nacidos que son tratados con afecto son muy hermosos. He visto en sus ojos almas muy viejas y sabias en cuerpos pequeñísimos recién salidos de Dios. En mi consulta escuché la siguiente y verdadera historia: Después de que una pareja tuvo su segundo hijo, el primero, de cuatro años, deseaba pasar un rato a solas con el bebé. Ellos se resistieron un poco, pensando que ese deseo podía estar causado por la rivalidad entre hermanos. Pero el pequeño de cuatro años continuó insistiendo. Finalmente le permitieron quedarse un rato a solas con el bebé. En silencio escucharon detrás de la puerta y le oyeron preguntarle al bebé: «Por favor, dime cómo es Dios. Estoy comenzando a olvidarlo».

Ser madre en el sistema adictivo: El trabajo más difícil del mundo

Lo único que parece eterno y natural en la maternidad es la ambivalencia.

JANE LAZARE

Algunas mujeres dicen que la época más gratificante de su maternidad fue cuando sus bebés eran pequeños. Otras encuentran agotador este periodo. Para mí, tener hijas pequeñas fue, sin excepción, la parte más difícil de mi vida, un tiempo que no me atrevería a repetir a no ser que tuviera dos amadas niñeras, hermanas o amigas que vivieran conmigo para ayudarme en la crianza. (Pensaría distinto sobre esto si mis circunstancias hubieran sido otras.)

La escritora Lynn Andrews escribió una vez que hay dos tipos de madres: las Madres Tierra y las Madres Arco Iris Creativo. Las madres Tierra cuidan y alimentan a sus hijos, y se encuentran muy bien haciendo eso. Nuestra sociedad recompensa a este tipo de mujer llamándola «buena madre».

Por su parte, las madres Arco Iris Creativo estimulan a sus hijos sin tenerles necesariamente las comidas en la mesa a su hora. Yo sé sin la menor duda que soy una madre Arco Iris Creativo. Una vez leí el libro de cocina *Laurel's Kitchen* [Cocina de Laurel] y fantaseaba con lo maravilloso que sería hacer pan diariamente y disfrutar siendo lo que Laurel llama «Guardadora de las Llaves», y crear ese importantísimo espacio hogareño y sustentador. Pero eso no es lo que yo soy, y tratar de ser algo que no soy finalmente nos haría un pésimo servicio a mí y a mis hijas. A mí me encanta estar sola; me encanta leer; me gusta el silencio, la música y escribir. Mi alma se alimenta con largas horas de tiempo creativo ininterrumpido. Los niños pequeños necesitan un tipo de energía muy diferente, un tipo de energía que yo no poseo en abundancia.

Cuando mis hijas eran pequeñas me di cuenta de lo difícil que es para las mujeres hacer algo por ellas mismas teniendo niños pequeños a su alrededor. Los hijos consiguen y mantienen nuestra atención por todos los medios posibles. Son fenomenales chupadores de energía. (Y no los critico por eso, porque es normal. Cuando son pequeños están desarrollando un yo sano. Sin embargo, nuestra cultura espera que las madres solas satisfagamos toda la necesidad de atención de nuestros hijos.)

Aproximadamente un tercio de todos los niños de este país, 19 millones, viven separados de su padre. Ellen Goodman escribe: «Entre los hijos del divorcio, la mitad jamás han visitado la casa de su padre. En un año típico, el 40 por ciento de estos niños no ven a su padre. Uno de cada cinco no han visto a su padre en cinco años. [...] No es de extrañar que la búsqueda del padre que falta sea un tema tan recurrente en nuestra cultura y nuestra conversación actuales».[16]

Una mujer con hijos pequeños necesita a veces tiempo libre, espacio y dormir. Pero para muchas, no hay nadie que acepte la carga de criar a un hijo. Una vez le comenté a Anne Wilson Schaef que creía que la proporción óptima adultos-niños era de tres adultos por un niño. «Creo que delatas tu adicción al trabajo», me contestó. Después me contó acerca de una cultura aborigen de Australia en la que hacía poco había hablado con los ancianos de la tribu. En las sociedades aborígenes, todas las hermanas de la madre, las tías, son consideradas madres de los hijos. Todos los hermanos del padre, los tíos, son considerados padres. Si se le pregunta a un niño aborigen cuál es su madre, va a señalar no sólo a su madre biológica, sino también a todas sus tías maternas; y si se le pregunta cuál es su padre, señalará también a sus tíos paternos. Si la madre biológica siente la necesidad de «hacer una caminata», que es una iniciación espiritual, sabe que sus hijos siempre tienen un sitio en la tribu y que no dependen únicamente de ella, como suele suceder con tanta frecuencia en nuestra sociedad patriarcal.

¿Puedes comenzar a imaginarte siquiera cómo sería la vida para las mujeres si no tuvieran la abrumadora responsabilidad de proporcionar la mayor parte del sustento emocional y físico a sus hijos? ¿Cómo sería si supiéramos que nuestra sociedad cuidará de nuestros hijos cuando tengamos que trabajar hasta tarde en la oficina? ¿Cómo sería si nuestra vida «familiar» no nos separara de nuestra vida «laboral»? ¿Cómo sería si una mujer pudiera continuar dedicada al arte, la música, la informática o lo que quisiera aunque acabara de tener un bebé? ¿Cómo sería si viviéramos en una sociedad en que la mujer no tuviera que elegir entre sus necesidades, las de su trabajo y las de su familia? Sueña con eso durante un tiempo.

Nadie, ni hombre ni mujer, debería tener que ser un prisionero de su hogar cuidando niños pequeños durante horas cada día sin satisfacer sus necesidades adultas de descanso, conversación, tiempo de soledad e intereses creativos. Recuerdo que el mejor periodo que pasé con mis hijas cuando eran pequeñas (una de tres meses y la otra de dos años) fue cuando fui a visitar a mi madre junto con mi hermana y sus hijos. Mi hermana también estaba amamantando en esa época, de modo que cuando yo quería salir un rato, ella simplemente le daba el pecho a Kate en mi lugar, como han hecho las mujeres durante siglos. (La primera vez Kate la miró con los ojos muy abiertos, como diciendo: «¿Quién es esta?», y después se acomodó para tomar su alimento.) Nuestros hijos jugaban juntos felices y yo podía disfrutar de la compañía de adultos al mismo tiempo que disfrutaba de mis hijas. Esa fue la única experiencia que tuve de cómo debe de haber sido una tribu amorosa.

Siempre me ha dolido un error muy extendido acerca de la educación de los hijos. Es el mito de que los chicos prepúberes y púberes son de suyo más fáciles de criar que las chicas, e incluso muchas feministas están de acuerdo con esta creencia. Muchas personas me dicen: «Espere, ya verá lo difíciles que son las chicas cuando llegan a los once años más o menos». Bueno, ya he tenido una chica de once años (ahora tiene trece). La apoyé de todas las formas que pude para que fuera fuerte, incluso terca si era necesario, y poderosa. No quería que se volviera «estúpida» cuando llegara a la adolescencia. No fue difícil ni tampoco lo es ahora. (De hecho, mi sobrino era mucho más variable de humor a los trece años.) Que los chicos sean más fáciles de criar que las chicas podría ser muy bien la experiencia de muchas personas. Pero esa diferencia es cultural, es una consecuencia de las diferencias en el trato y la educación que se da a chicos y chicas. En su último libro, ***Fire with Fire,*** Naomi Wolf defiende firmemente el hecho de que todas las niñas nacen con una fuerte voluntad de poder que es vuelta hacia dentro por lo que ella llama «los dragones de la simpatía». Cuando ese deseo innato de destacar y ganar se frustra, se vuelve en contra de la chica.

Encuentro lógico que las chicas tengan rachas de melancolía o mal humor alrededor de los doce años; ya ven lo que les va a ocurrir. Si se educa socialmente a la chica para ser pasiva y abnegada, ¡eso no le gusta a su poderoso espíritu! (Si alguien tratara de hacerme eso a mí, sí que sería difícil vivir conmigo.) En lugar de atribuir ese humor caprichoso a la inherente inferioridad hormonal de la mujer, deberíamos alentar a las chicas a que digan lo que piensan, no a volver hacia dentro sus talentos y dotes. Si se toma en serio a una chica adolescente y se la anima a seguir sus sueños, no va a ser más difícil que un chico. Las jovencitas necesitan ser mimadas, respetadas, alentadas y elogiadas por sus dones. De otra manera, el mundo no se beneficiará de esos talentos y continuará el ciclo de opresión.

Cada una de nosotras, madres, hemos de aprender también a ser madres de nosotras mismas; si no, de ninguna manera podemos ser buenas madres de nuestros hijos. La abnegación o el autosacrificio no es un camino sano para la maternidad, aunque durante años nos hayan inculcado que sí y hayamos sido testigos

del martirio de nuestras respectivas madres. Ser madres de nosotras mismas requiere muchísimo valor, y te animo a intentarlo, por el bien de tu salud.

La siguiente meditación sobre la buena maternidad me la envió Nancy McBrine Sheehan:[17]

Al cuidar de mí como madre
en una sociedad obsesionada por la mejor crianza de los hijos,
voy descubriendo la necesidad de engranar
lo que es mejor para mis hijos
con lo que es necesario para ser una madre bien equilibrada;
voy comprendiendo que ese dar incesante
se traduce en una entrega total,
y cuando una se entrega del todo a sí misma,
no es una madre sana ni es un yo sano.

Así pues, estoy aprendiendo a ser primero mujer y luego madre;
estoy aprendiendo a experimentar mis emociones,
sin quitar a mis hijos la dignidad de sentir también las suyas;
estoy aprendiendo que un hijo sano
va a tener sus propias emociones y características,
que son sólo suyas y muy diferentes de las mías;
estoy comprendiendo la importancia
de la comunicación sincera de los sentimientos,
porque la simulación no engaña a los hijos;
ellos conocen a su madre mejor de lo que se conoce ella misma.

Estoy aprendiendo que nadie supera su pasado si no lo confronta;
si no lo hace, sus hijos van a asimilar exactamente
aquello que ella está tratando de superar;
estoy comprendiendo que las palabras de sabiduría
caen en oídos sordos si mis actos las contradicen;
los hijos tienden más a imitar que a escuchar.

Estoy aprendiendo que en la vida ha de haber
tanta tristeza y tanto dolor como felicidad y placer,
y que permitimos sentir todo lo que nos ofrece la vida
es una indicación de plenitud y realización;
estoy aprendiendo que la realización
no se consigue entregándose totalmente,
sino dándose a una misma y dando a los demás.

Estoy aprendiendo que la mejor manera de enseñar a mis hijos
a vivir una vida plena no es sacrificando mi vida,
sino viviendo yo una vida plena;
quiero enseñar a mis hijos que tengo mucho que aprender,
porque estoy comprendiendo que soltarlos
es la mejor manera de retenerlos.

14
La menopausia

A semejanza de la electricidad, la menstruación y el flujo y reflujo de la energía constituyen una «corriente alterna». Durante la menopausia, el flujo de energía adquiere la intensidad y uniformidad de una «corriente continua». Estamos cargadas de energía hasta el punto en que nos hemos abierto a la sabiduría de la Hechichera.

FARIDA SHAW

Menopausia es el nombre que recibe el cese de las menstruaciones; la palabra deriva del griego ***men*** (mes, menstruo) y *pausis* (pausa). Muchas mujeres llaman también «el cambio de vida» o simplemente «el cambio» a este proceso natural. Los años que rodean la menopausia, en los que se producen los cambios graduales en la función ovárica, constituyen toda una fase de la vida de la mujer llamada «climaterio», que dura entre seis y trece años.

Como sea que la llamemos, ninguna otra fase de la vida de la mujer ofrece tantas posibilidades de comprensión y exploración del poder femenino, al menos si la mujer es capaz de abrirse camino por entre la negatividad cultural general que ha rodeado durante siglos a la menopausia. En la actualidad se está examinando y cambiando esta negatividad, cuando las mujeres de mi generación, las de la explosión de la natalidad, estamos entrando en la menopausia a centenares y millares. La experiencia climatérica ya no será la misma cuando la hayamos pasado.

Actualmente, más de cuarenta millones de estadounidenses son posmenopáusicas. Con la llegada a la menopausia de las mujeres de la generación posterior a la Segunda Guerra Mundial, se calcula que a mediados de la próxima década la población climatérica habrá aumentado en tres millones y medio. Al mismo tiempo, la longevidad ha aumentado de modo espectacular; el promedio de esperanza de vida de las mujeres estadounidense actuales es de alrededor de 84 años, muchísimo más que los 48 años de las mujeres nacidas en 1900. Esto significa que la mujer tiene probabilidades de vivir de 35 a 40 años después de la menopausia, lo que convierte a este periodo en los años primaverales de la segunda mitad de la vida.

La atención prestada por los medios de comunicación a la menopausia ha aumentado también en conformidad. Escritoras feministas y muchos médicos e investigadores han producido más libros sobre la menopausia que sobre cualquier otro tema en el campo de la salud femenina, entre ellos un buen número de grandes éxitos de ventas.

Si bien los consejos respecto a la menopausia van desde ensalzar la terapia hormonal sustitutiva hasta recomendar la menopausia natural sin hormonas, lo importante es que el silencio que rodeaba a este proceso lo están rompiendo muchas voces diferentes. La profesión médica ha tomado la actitud de ayudar a las mujeres en esta fase de su vida, y están surgiendo centros especializados en la atención a mujeres de edad madura por todo lo largo y lo ancho de Estados Unidos. Cada mujer, aunque esté bombardeada por consejos contradictorios, debe escuchar atentamente a su guía interior individual para oír su verdad personal sobre cómo organizar esta fase con el máximo acceso a su sabiduría interior y su poder para crear salud.

En su libro ***Reclaiming the Menstrual Matrix,*** Tamara Slayton escribe: «La expresión natural del poder y la sabiduría personales accesibles a las mujeres [durante la menopausia] es torcida y frustrada en nuestra cultura. Por lo tanto, esta oleada de energía se vuelve hacia dentro y puede ser consecuencia de muchos síntomas desagradables, entre ellos los sofocos, la depresión, los cambios de humor y una sensación general de estar perdida y ser incapaz de encontrar una nueva identidad vital. La falta de apoyo durante esta época de la vida y la tendencia estadounidense de seguir una dieta deficiente, generan una experiencia negativa y autodestructiva de la menopausia. Cuando las mujeres confrontan esa mala información cultural y atienden a las necesidades nutritivas especiales de la mujer, tienen durante la menopausia la oportunidad de descubrir una experiencia más profunda y libre de su yo».[1]

La doctora Joan Borysenko llama «metamorfosis de la mitad de la vida» al periodo comprendido entre los 42 y los 49 años, una época en que la mujer comienza en serio a crear su vida de tal forma que pueda expresar sus valores más profundos en sus actividades cotidianas. Durante esta fase es más capaz que nunca

de decir la verdad y es menos propensa a inventar disculpas para los demás. Muchas mujeres buscan la paz mental en medio de la confusión y los cambios, mientras ponen fin a matrimonios de veinte años, tienen aventuras amorosas, son abandonadas por su pareja, se enfrentan al «síndrome del nido vacío» y exploran nuevas facetas de su identidad.

Es muy posible también que durante este periodo la mujer comience a experimentar faltas en las reglas y las primeras fases de los cambios hormonales, lo cual convierte estos años en el periodo perfecto para comenzar a mejorar y fortalecer la salud que la va a sostener el resto de su vida.

En cualquier momento entre los 49 y los 55 años los cambios hormonales de la mujer van a estar en plena actividad, y ella va a necesitar apoyo para afrontarlos. Después, en la mayoría de las mujeres se restablece el equilibrio hormonal y suelen estar más libres que nunca para dedicarse a sus intereses creativos y sus actividades sociales. Estos son los años en que se unen todas las experiencias vitales de la mujer y se pueden aprovechar para una finalidad que le vaya bien a ella y al mismo tiempo sirva a los demás.

En las culturas celtas, la joven doncella se considera la flor, la madre se considera el fruto, y la mujer mayor la semilla. La semilla es esa parte que contiene en su interior el conocimiento y el potencial de todas las demás partes. El papel de la mujer posmenopáusica es continuar adelante y volver a sembrar la comunidad con su semilla concentrada de verdad y sabiduría. En algunas comunidades indígenas se pensaba que las mujeres menopáusicas retenían su sangre sabia en lugar de expulsarla cíclicamente, y por lo tanto se las consideraba más poderosas que a las mujeres que menstruaban. En esas culturas, una mujer no podía ser chamán mientras no hubiera pasado la menopausia. Tamara Slayton observa: «Entendida y apoyada, la menopausia ofrece a la mujer el paso siguiente de iniciación en el poder personal. Como parte del tabú menstrual, aún existente en nuestra cultura, la voz de la mujer menopáusica es temida y negada. Se la hace invisible o se la anima a continuar siendo joven para siempre mediante la terapia hormonal sustitutiva u otras intervenciones médicas. Este distanciamiento cultural de un rito de pasaje vital deja aisladas a las mujeres mayores, haciéndolas sentirse inútiles e impotentes».

En las culturas indígenas, las mujeres menopáusicas «proclamaban la responsabilidad hacia todos los niños, tanto humanos como no humanos, hacia la Tierra y las Leyes de las Buenas Relaciones», señala Slayton. «Esas mujeres mayores poseían un enorme poder y supervisaban todas las decisiones de la tribu. No tenían miedo de decir un firme no a cualquier cosa que no beneficiara la vida. También iniciaban y educaban a las mujeres más jóvenes en ese conocimiento y esa responsabilidad.»[2]

Una vez que la mujer comprenda que el verdadero significado de la menopausia ha sido trastocado y degradado, como muchos otros procesos del cuerpo femenino, será capaz de hacer su propio camino el resto de su vida, fortalecida con una finalidad y una comprensión intuitiva.

Nuestra herencia cultural

Según la mentalidad médica ortodoxa, la menopausia es una enfermedad carencial, no un proceso natural. Así como el sistema patriarcal adictivo ha «patologizado» y «medicalizado» el cuerpo femenino, lo mismo ha hecho con todas las funciones propias de la mujer, entre ellas la menopausia.

La doctora Jerilynn Prior, endocrinóloga e investigadora, escribe: «A nuestra cultura le resulta fácil acusar de enfermedad a los sistemas reproductores de las mujeres. Relacionar el cambio en la capacidad reproductora de la menopausia con la edad, convertir la menopausia en un punto en el tiempo en lugar de un proceso, y llamarla "enfermedad de insuficiencia de estrógeno", son todos reflejos de la mentalidad no científica y llena de prejuicios de la profesión médica».[3] Dado que la mujer menopáusica ya no utiliza su energía para tener hijos, se describe su organismo con términos que indican fallo o decadencia funcional: sus pechos y sus órganos genitales se van «atrofiando» y «marchitando» gradualmente y se convierten en «seniles».[4] Considerada bajo esa óptica, la menopausia es lo definitivo en «producción frustrada», un organismo que está «parado».

Durante años los profesionales de la tocología y la ginecología se han saturado de conferencias y estudios sobre cómo «arreglar la menopausia». Ahora está apareciendo un nuevo tema: cómo «arreglar la perimenopausia». (Se llama «perimenopausia» a los años que preceden a la última menstruación.) Yo hago una inspiración profunda cuando leo esto, porque si un equipo de atención sanitaria trata esta fase de la vida de la mujer apoyándola y respetando este proceso natural, la mujer recibirá una gran ayuda. Pero si la perimenopausia (o cualquier otro proceso natural) se trata como si fuera una enfermedad, y con la idea de que necesita «arreglo» (y, entre líneas, control), entonces la experiencia de la mujer no va a ser ideal. En nuestra cultura, las únicas edades en que los procesos endocrinos de la mujer escapan a ese potencial «arreglo» son los años ante-

riores a la primera menstruación y los posteriores a los setenta. (Son los años en que más se desvaloriza a las niñas y mujeres; si no, la cultura ya habría inventado la manera de «arreglarlos» también).

El miedo a envejecer: síntoma de una cultura que tiene prejuicios contra la vejez

Vivimos en una cultura que prejuzga mal la vejez, una cultura en la que mayoría de la gente cree que es natural que las personas mayores sufran de depresión, cansancio, incontinencia, olvidos y senilidad. Las empresas farmacéuticas y los ginecólogos siembran en las mujeres esa semilla del miedo a que tan pronto pasen la menopausia su cuerpo simplemente se va a desmoronar y desgastar a menos que tomen medicamentos, sobre todo hormonas.

- Un anuncio de Premarin (el estrógeno que más se receta corrientemente) muestra a una hermosa joven con unas mallas para hacer ejercicio. El pie de ilustración dice: «Aeróbic cada semana, calcio cada día, pérdida de masa ósea cada año». Lo que quiere decir este anuncio es que sin estrógeno los huesos de esa joven se van a ir disolviendo aunque haga ejercicio y coma bien, a menos que tome Premarin.
- Un anuncio de Estratest, que es una combinación de estrógeno y testosterona que aumenta la libido, muestra a una atractiva mujer madura en un yate, apoyada en un distinguido caballero. Los dos están bebiendo zumo de naranja. El pie dice: «Ahora vuelvo a sentirme mujer». ¿Qué era antes?
- Otro anuncio de Premarin muestra a una atractiva mujer madura con una enorme sonrisa en la cara mientras un hombre le besa el cuello. El pie dice: «Usted piensa que es un buen remedio. Ella lo encuentra maravilloso».
- En la portada de una revista llamada ***Menopause Medicine,*** aparece una mujer junto a una ventana abierta, en medio de vaporosas cortinas que se mecen con la brisa. Sólo se le ve la espalda; está contemplando un paisaje de hojas muertas y tierra seca agrietada. El pie dice: «El destino de la menopausia no tratada».

No hace falta tener un título en psicología para comprender cómo influyen las empresas farmacéuticas en la sensibilidad del médico corriente; muchos ginecólogos se sienten ahora urgidos a recetar hormonas sustitutivas a todas las mujeres. Tampoco son necesarios diez años de activismo feminista para ver cómo manipulan estas empresas los estereotipos relacionados con el envejecimiento y los profundos miedos culturales que tienen de ellos las mujeres: sin hormonas, reza el mensaje, vamos a perder nuestro atractivo para los hombres, nos vamos a marchitar, nos vamos a volver frágiles y quebradizas, igual que la tierra seca y agrietada, desprovista de humedad y nutrición. Los valores y creencias de nuestra cultura son que las mujeres deben retener su «fecundidad» a toda costa, y que convertirnos en semillas de sabiduría es en cierto modo «poco femenino».

La experiencia de la vejez como la conocemos está en gran parte determinada por creencias que necesitan una revisión y una puesta al día. Si bien en esta cultura muchas personas sí decaen con la edad, esa decadencia no es una consecuencia natural del envejecimiento, sino una consecuencia natural de nuestras creencias colectivas acerca del envejecimiento. Mi madre, que tiene 71 años y jamás ha tomado hormonas, hizo la escalada completa del Appalachian Trail dos años antes de cumplir los setenta, poco después estuvo esquiando en la ladera baja del monte McKinley y pasó el verano de 1997 en una excursión de tres meses a pie y en canoa por Alaska. Me contó que tan pronto como cumplió los 60, repentinamente comenzó a llenársele el buzón de anuncios de audífonos, pañales para la incontinencia y diversos adminículos para la vista, de ninguno de los cuales tenía necesidad. Le fastidia ese constante bombardeo de mensajes negativos acerca del envejecimiento. También me dijo que, aunque no se siente muy distinta a cuando tenía 30 años, ciertamente la tratan de forma diferente. No es de extrañar que muchas mujeres estén dispuestas a pagar lo que sea para evitar verse viejas.

Otro motivo de que muchas mujeres le tengan miedo a la menopausia es la mala comprensión del arquetipo de la Hechicera o Mujer Sabia. La intuitiva médica Caroline Myss hace notar que en los cuentos de hadas y en nuestro inconsciente colectivo, la Hechicera suele aparecer como una vieja que vive sola en el bosque. Suele asociarse con las brujas y con un comportamiento excéntrico.

Según Caroline, esa imagen de una mujer sola en el bosque es un símbolo de una mujer que se ha liberado de su anterior programación tribal. Ya no basa sus actividades, sus pensamientos y su imagen de sí misma en la aprobación de su familia. Es libre de ir y venir cuando le place y a su manera. No tiene por qué

estar sola, pero es más probable que sus relaciones sean más de compañerismo y mutuamente satisfactorias. Lo que necesitamos, dice, es un arquetipo nuevo de la Hechicera, una especie de «Hechicera Acuario», que refleje esta nueva forma de percibir esta fase de la vida.

El doctor Deepak Chopra, endocrinólogo, escritor de libros que son un éxito de ventas y una autoridad internacionalmente reconocida en cómo la conciencia afecta al cuerpo, ha informado sobre un experimento realizado entre los indios tarahumara de México, famosos por su capacidad para correr. Por rutina, ciertos miembros de la tribu corren diariamente el equivalente a un maratón o más, y regularmente hay competiciones entre los grupos. El aspecto más curioso de su cultura, sin embargo, es que creen que los mejores corredores son los sesentones. Un equipo de investigadores comprobó que, en efecto, los corredores sesentones tenían una mayor capacidad pulmonar, un mejor estado cardiovascular y más resistencia. El doctor Chopra señala que para que esta creencia se traduzca en realidad física, toda la tribu tiene que creerla.

En nuestra cultura, que tiene prejuicios contra los viejos, muchas mujeres en lugar de creer en su capacidad para continuar siendo fuertes, atractivas y vitales durante toda su vida, llegan realmente a esperar que su cuerpo y su mente se deterioren con la edad. De este modo, en cuanto sociedad, creamos colectivamente un patrón de pensamientos, comportamientos y temores que hace mucho más fácil que eso se manifieste en la peor realidad física. No podemos cambiar totalmente de la noche a la mañana nuestra negatividad cultural acerca de la menopausia y el envejecimiento; lo que sí podemos hacer es considerarnos pioneras de un nuevo horizonte en el que la menopausia y el envejecimiento serán redefinidos. Eso ciertamente es posible. Por ejemplo, mi madre se hizo hacer una lectura de su salud por la intuitiva médica Caroline Myss, a los 68 años; energéticamente, su cuerpo estaba como si estuviera en la treintena. Eso no tiene nada de extraño, ya que se sabe que la edad cronológica y la edad biológica son dos cosas diferentes.

Cuantas más sean las mujeres como mi madre que no hagan caso de lo que se supone que ha de suceder cuando envejecemos, mayores serán las posibilidades de que todas continuemos sanas. Esto lo veo ocurrir adondequiera que voy a medida que las mujeres de todo el mundo deciden envejecer con poder, fuerza y belleza.

Crear salud durante la menopausia

Para aprovechar al máximo la transición menopáusica, animo a la mujer a considerarla un proceso durante el cual va a crearse el cuerpo sano que necesita para estar bien hasta el final de su vida. La transición menopáusica es un periodo excelente para concentrarse en la prevención de problemas que, si bien no están necesariamente asociados con la menopausia, al parecer se intensifican en esta fase.

Lo que experimenta la mujer durante este periodo de su vida depende de muchísimos factores, desde su herencia, sus expectativas y su bagaje cultural hasta su autoestima y su alimentación. En esta época de la historia, la mayoría de las mujeres de nuestra cultura experimentan ciertas molestias y algunos síntomas problemáticos durante la menopausia. Sin embargo, existe una amplia variedad de opciones para tratar esos síntomas, desde hormonas que se producen naturalmente hasta la homeopatía. El camino ideal para pasar este cambio es el que aprovecha lo mejor del conocimiento médico occidental, concerniente al metabolismo hormonal, la densidad ósea y la salud cardiaca, combinado con las modalidades complementarias de Oriente, desde la meditación a la acupuntura y las hierbas, para obtener un cuidado óptimo individualizado.

¿Es la menopausia una insuficiencia hormonal?

Continúa la idea médica ortodoxa de que la menopausia es una enfermedad carencial, no un proceso natural. Si bien este método puede ser un modelo útil para restablecer los valores hormonales de algunas mujeres perimenopáusicas y menopáusicas, tiene sus limitaciones. Reduce la riqueza de desarrollo y sabiduría profunda que tenemos a nuestra disposición en la edad madura a una simple cuestión de encontrar el programa hormonal sustitutivo correcto.

Es infinitamente más útil y lógico considerar esos años de transición un periodo en el que terminamos algunas de las tareas comenzadas en la adolescencia.

A esta edad, la mujer mira hacia atrás y reflexiona, considera atentamente dónde ha estado y hasta dónde ha llegado. Es el periodo en que lamenta la frustración de cualquier sueño no realizado que pudiera haber tenido cuando era joven, y prepara el terreno para la siguiente fase de su vida. Trata de resolver muchos problemas que coinciden pero que no están directamente relacionados con la actividad hormonal, como la atención y el cuidado de padres mayores con problemas de salud. Según sea el grado de éxito en su vida, o

de la percepción que tiene de su éxito, podría encontrarse en una crisis que no es tanto fisiológica como de desarrollo. Su forma de manejar esta crisis va a afectar a su salud en todos los aspectos mientras pasa por la menopausia.

Durante mis conferencias uso una diapositiva del monte Saint Helens en erupción para ilustrar las borrascosas emociones que suelen caracterizar estos años. Este es un periodo en el que muchas mujeres, entre ellas yo, comienzan a manifestar parte de la fiera necesidad de autoexpresión que suele estar soterrada en la adolescencia. Me gusta pensar que las mujeres como yo somos peligrosas; peligrosas para cualquier fuerza existente que pretenda convertirnos en ancianitas silenciosas, peligrosas para los ensordecedores efectos de la convención y la simpatía encantadora, y peligrosas para cualquier adaptación que hayamos hecho que ahogue o sofoque a quienes somos capaces de ser ahora. A los 45 años me vi profundamente sumida en el proceso de escudriñar todos los aspectos de mi vida y mis relaciones con el fin de erradicar todas las cosas inútiles que me refrenaran o que ya no sirvieran a la persona en que me había convertido. Comenzó a evaporarse mi tolerancia hacia las relaciones en punto muerto de todo tipo. Este proceso continúa, aunque mis reglas siguen siendo regulares y sólo de vez en cuando tengo algún sofoco. Las mujeres de esta edad estamos en un momento decisivo: podemos o bien seguir viviendo con relaciones, trabajos y situaciones que nos han quedado pequeños, elección que apresura drásticamente el proceso de envejecimiento y la posibilidad de enfermar, o podemos hacer el trabajo de desarrollo que nos piden nuestro cuerpo y nuestros niveles hormonales. Cuando nos atrevemos a hacer esto, nos preparamos de verdad para la primavera de la segunda mitad de nuestra vida.

Órganos y lugares del cuerpo productores de hormonas

Aunque se nos ha enseñado a considerar los síntomas menopáusicos principalmente un estado de insuficiencia de estrógeno a consecuencia de un fallo ovárico, esta creencia se basa en una información incompleta. En primer lugar, el estrógeno no es la única hormona fabricada por los ovarios. Los ovarios también producen andrógenos, como la deshidroepiandrosterona (DHEA) y la testosterona, así como progesterona. El bienestar total durante y después de la menopausia depende por lo menos de tener niveles adecuados de estas hormonas tanto como de estrógeno. Los andrógenos están relacionados con la respuesta sexual y la libido, además del bienestar general, y los producen otros órganos y lugares del cuerpo aparte de los ovarios. Entre estos órganos están las glándulas suprarrenales, la piel, los músculos, el cerebro y la glándula pineal, así como los folículos capilares y la grasa corporal (véase figura 15). Es interesante observar que cuando la producción hormonal de los ovarios disminuye durante la menopausia tiene lugar un doble aumento en la producción de andrógenos en esos otros sitios. Dado que los andrógenos pueden actuar como estrógenos débiles y también como precursores para la producción de estrógenos, está claro que la mujer menopáusica sana está equipada naturalmente para hacer frente a los cambios hormonales de sus ovarios. De hecho, las mujeres capaces de producir niveles adecuados de andrógenos suelen no necesitar un tratamiento hormonal sustitutivo.

De todos modos, no hay duda de que algunas mujeres sufren durante la menopausia. Si bien el 15 por ciento tienen una menopausia asintomática, un 85 por ciento de mujeres van a experimentar sofocos, y alrededor de la mitad de este grupo los considerarán intolerables. Con el tiempo tienden a aumentar los síntomas de atrofia vaginal (adelgazamiento del tejido vaginal) en las mujeres posmenopáusicas; también aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y de fractura por Osteoporosis, pero esto sólo se hará evidente bien pasados los sesenta años o más.

Estos problemas menopáusicos se deben en parte al agotamiento crónico de los recursos metabólicos durante los años perimenopáusicos. La facilidad de la transición a esta fase dependerá del vigor de las glándulas suprarrenales y del estado de nutrición general. En una mujer sana las glándulas suprarrenales van a ser capaces de tomar el relevo de los ovarios en la producción de hormonas. Sin embargo, muchas mujeres llegan a la menopausia en un estado de agotamiento emocional y nutricional que ha afectado al funcionamiento óptimo de las glándulas suprarrenales. En estas condiciones, la mujer podría necesitar apoyo hormonal, nutricional, emocional y/u otros hasta que se restablezca su equilibrio endocrino.[5]

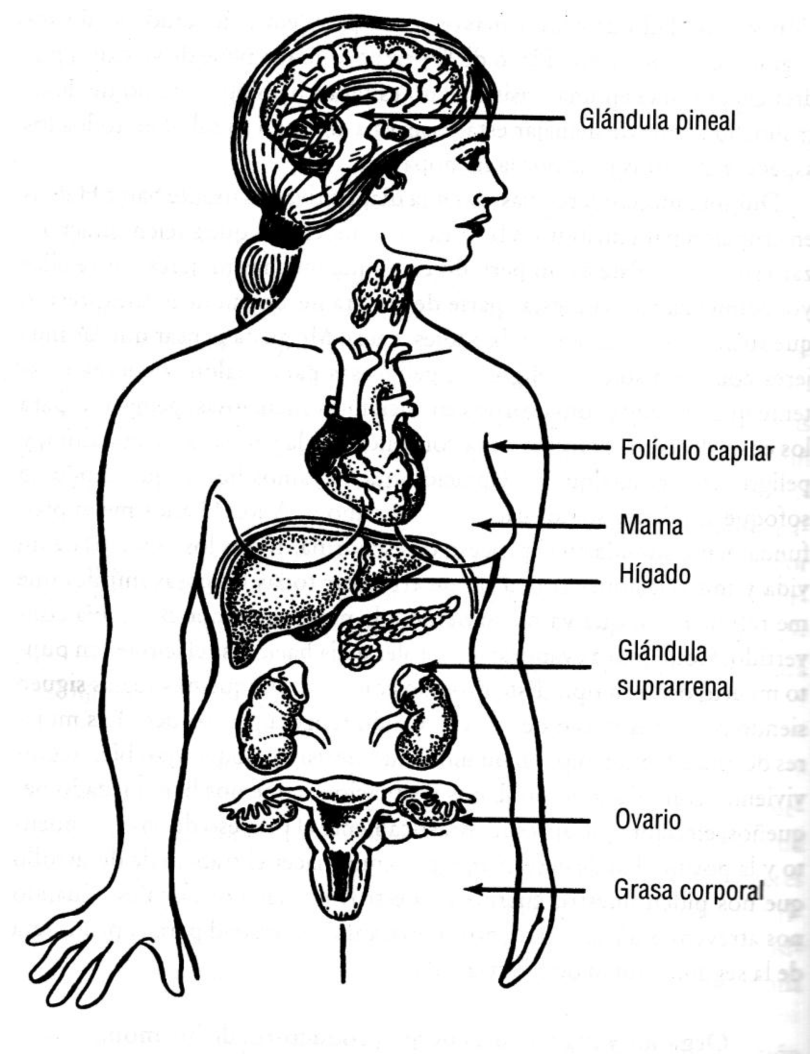


FIGURA 15. ÓRGANOS Y LUGARES DEL CUERPO PRODUCTORES DE HORMONAS

Los niveles de estrógeno y progesterona disminuyen después de la menopausia. Pero otros lugares del cuerpo son capaces de producir esas mismas hormonas, según el estilo de vida y la alimentación de la mujer. El cuerpo femenino, por lo tanto, tiene la capacidad de hacer adaptaciones sanas en el equilibrio hormonal después de la menopausia.

La función de las glándulas suprarrenales: Lo que toda mujer debe saber

Las glándulas suprarrenales nos proporcionan un apoyo hormonal esencial, que todas necesitamos para llevar a cabo nuestras actividades cotidianas con energía, entusiasmo y eficacia. Si están agotadas las glándulas suprarrenales, habrá más propensión a sufrir de cansancio y síntomas menopáusicos. Los signos que nos indican que las glándulas suprarrenales podrían necesitar atención son los siguientes: al despertar, la mujer tiene una sensación de aturdimiento y mucha dificultad para salir de la cama; no puede ponerse en marcha sin esa primera taza, o dos tazas, de café; durante el día necesita tentempiés y cafeína para continuar sus actividades, sobre todo a última hora de la mañana o de la tarde. Por la noche, aunque está agotada, tiene dificultad para conciliar el sueño, y en la cabeza le dan vueltas y vueltas las preocupaciones del día; se pregunta adonde se ha ido su interés por la relación sexual. Si te sientes retratada en estos signos, quiere decir que tus glándulas suprarrenales podrían estar casi agotadas, aunque todos tus análisis médicos sean normales.

El análisis de la función suprarrenal, que mide los niveles de dos de las principales hormonas supra-

rrenales en un periodo de 24 horas, ha documentado que muchas mujeres que se sienten cansadas todo el tiempo tienen glándulas suprarrenales que no funcionan de un modo óptimo, generalmente a consecuencia de un permanente estrés emocional, nutricional o de otro tipo. La disfunción suprarrenal también va acompañada por síntomas como dificultad para pensar con claridad, insomnio, hipoglucemia, infecciones recurrentes, depresión, mala memoria, dolores de cabeza y deseo de comer dulces. Pero una vez que se sabe que las glándulas suprarrenales necesitan descanso y recuperación, hay muchas cosas que se pueden hacer para restablecerlas.

Las glándulas suprarrenales son los principales «absorbentes de disgustos o conmociones» del cuerpo. Estas dos glándulas, del tamaño de la yema del pulgar, situadas encima de los riñones, están destinadas a producir las hormonas que nos permiten reaccionar a las condiciones de la vida cotidiana de un modo sano y flexible. Pero si aumentan demasiado la intensidad y la frecuencia de las tensiones de la vida, ya procedan del interior (por ejemplo, las percepciones propias acerca de la vida) o del exterior (por ejemplo, una intervención quirúrgica o trabajar en turnos de noche), con el tiempo las glándulas suprarrenales comienzan a agotarse, más o menos como un caballo al que se continúa haciéndolo trabajar o correr demasiado sin darle el descanso, el alimento y el agua adecuados. Finalmente el cuerpo producirá muchos síntomas diferentes con el fin de obligarnos a prestarle atención y cambiar algunos aspectos de nuestra vida, igual como un caballo agotado tarde o temprano dejará de trabajar por muchos latigazos que reciba.

Repasa la lista de los factores estresantes comunes que con el tiempo pueden ser causa de disfunción suprarrenal. Ve cuántos son aplicables a ti.

Estrés emocional no resuelto
• Preocupación
• Rabia
• Sentimiento de culpabilidad
• Ansiedad
• Miedo
• Depresión

Estrés ambiental y físico
• Ejercicio excesivo
• Exposición a toxinas industriales u otras ambientales
• Alergias crónicas o graves
• Exceso de trabajo, sea físico o mental
• Intervención quirúrgica
• Trasnochar; sueño insuficiente
• Lesiones o traumatismos
• Temperaturas extremas
• Enfermedad crónica
• Alteración del ciclo de luz (turnos nocturnos)
• Dolor crónico
• Enfermedad crónica

Entre las principales hormonas producidas por las glándulas suprarrenales están la adrenalina, que activa la reacción corporal de «lucha o huida»; el cortisol, pariente de los fármacos prednisona y cortisona, y la deshidroepiandrosterona (DHEA). El equilibrio constante entre el cortisol y la DHEA es particularmente importante para crear salud diariamente.

Un nivel adecuado de cortisol aumenta la resistencia y el aguante naturales del cuerpo:

• Estimula al hígado a convertir los aminoácidos en glucosa, que es el principal combustible para la producción de energía.
• Contrarresta las alergias y las inflamaciones.
• Contribuye a regular el estado de ánimo y mantener la estabilidad emocional.
• Estimula una mayor producción de glucógeno en el hígado para el almacenamiento de la glucosa.
• Mantiene la resistencia al estrés de las infecciones, los traumatismos físicos, los traumas emocionales, las temperaturas extremas, etcétera.

- Moviliza y aumenta los niveles de ácidos grasos en la sangre (de las células grasas) para usarlos de combustible en la producción de energía.

Pero, como ocurre en la mayoría de las cosas, un nivel demasiado elevado de cortisol también puede causar problemas. Un exceso de cortisol:

- Es causa de una menor utilización de la glucosa por parte de las células y aumenta el nivel de azúcar en la sangre.
- Disminuye la capacidad del cuerpo para sintetizar las proteínas.
- Aumenta la descomposición de las proteínas, lo cual puede ser causa de debilidad muscular y Osteoporosis.
- Suprime las hormonas sexuales.
- Aumenta el riesgo de hipertensión, nivel elevado de colesterol en la sangre y enfermedad cardiaca.
- Causa inmunodepresión, lo cual puede llevar a una mayor propensión a alergias, infecciones y cáncer.
- En circunstancias normales, la DHEA (deshidroepiandrosterona) invierte muchos de los efectos desfavorables del exceso de cortisol y también aporta importantes beneficios propios:
- Funciona como un andrógeno para ayudar al cuerpo a formar tejido.
- Es precursora de la testosterona, la hormona asociada con el deseo sexual.
- Invierte la inmunosupresión causada por el nivel excesivo de cortisol, y por lo tanto aumenta la resistencia a virus, bacterias, *Candida albicans,* parásitos, alergias y cáncer.
- Estimula la deposición y la remodelación ósea, lo cual previene la Osteoporosis.
- Mejora el estado cardiovascular disminuyendo el total de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad), el colesterol malo.
- Aumenta la masa muscular y disminuye el porcentaje de grasa corporal.
- Mejora la energía y la vitalidad, el sueño, la claridad mental; reduce los síntomas del síndrome premenstrual, y ayuda al cuerpo a recuperarse con más rapidez del estrés agudo, como sueño insuficiente, ejercicio excesivo o trauma emocional.

Así pues, como puedes ver fácilmente, un desequilibrio entre los nivelas de cortisol y DHEA (deshidroepiandrosterona) puede causar vulnerabilidad al cansancio y a todo tipo de enfermedades, como también a muchos síntomas menopáusicos. En algunas mujeres disminuyen los niveles de DHEA con la edad, y reponer esta hormona hasta su nivel normal puede tener muchos beneficios. Sin embargo, no a todas las mujeres les va bien tomar esta hormona, y una vez que se restablece el funcionamiento suprarrenal, el cuerpo suele tener la capacidad para fabricar esta hormona él solo.[6]

Para comprobar los niveles actuales de cortisol y DHEA y ver si hay desequilibrio en un periodo de 24 horas, recomiendo pedirle al médico que ordene un análisis llamado Indice de Estrés Suprarrenal o Perfil Suprarrenal Temporal.[7]

No es necesario hacerse medir los niveles de cortisol y DHEA salivales para beneficiarse de mis sugerencias para restablecer las glándulas suprarrenales a su capacidad total, pero he comprobado que la mayoría de las mujeres se sienten más motivadas a cambiar cuando ven los resultados en un papel, sobre todo si los primeros resultados no son óptimos. Si, por el motivo que sea, no quieres hacerte el análisis en estos momentos, sigue todas las recomendaciones que puedas entre las que doy a continuación, sin estresarte más.

Programa de restablecimiento suprarrenal para una menopausia más sana

RECARGAR LAS BATERÍAS CON EL PODER DE LOS PENSAMIENTOS Y LAS EMOCIONES. Los estudios han demostrado que se puede aumentar la capacidad natural para producir DHEA aprendiendo a «pensar con el corazón». La siguiente es un técnica adaptada del trabajo del Instituto de HeartMath de Boulder Creek en California.

Cuando estés estresada o notes que te sientes asustada, culpable, angustiada o enfadada, haz lo siguiente: 1) Deténte a observar tu estado emocional; 2) identifica y pon nombre a lo que te molesta o aflige; incluso podrías escribirlo; 3) concéntrate en la zona del corazón (ponte la mano ahí si eso te sirve para concentrarte); 4) centra la atención en una persona, acontecimiento o lugar feliz, divertido o inspirador de tu vida, y

dedica unos momentos a imaginártelo; 5) trae a la mente algo que te permita sentir amor o aprecio incondicional, que normalmente es un niño o un animalito doméstico, y retén ese sentimiento durante quince segundos o más (también va bien ponerse la mano en el corazón para hacer esto); 6) observa cómo has sido capaz de salir de la espiral de negatividad en la que tal vez estabas atrapada.

Se ha comprobado que la práctica regular de esta técnica durante el periodo de un mes eleva los niveles de DHEA. Entre otros cambios fisiológicos producidos por esta práctica, está la normalización del ritmo cardiaco variable, lo cual es excelente si se sufre de ataques de pánico o ataques de taquicardia que no se pueden atribuir a una enfermedad cardiaca.[8]

Cuando se siguen estos pasos, automáticamente se cambian las emociones agotadoras de las suprarrenales por otras emociones que recargan las baterías. Se estabilizan los niveles de cortisol y adrenalina y aumentan los de DHEA. Esto precisa práctica, pero si aprendes fielmente a pensar con el corazón de tres a cinco veces al día, con el tiempo tú también vas a ser capaz de recargar tus baterías sólo con los pensamientos y percepciones.

HACER UNA LISTA DE LAS ACTIVIDADES Y COMPROMISOS MÁS IMPORTANTES. Olvida todo lo demás. Antes de decir sí a una nueva tarea o compromiso, hazte esta pregunta: Hacer esto, ¿me va a cargar las baterías o me las va a agotar? Si la actividad te las va a agotar, no la lleves a cabo.

DORMIR LO SUFICIENTE. Acuéstate a las diez de la noche. Irse a dormir antes de la medianoche es mucho más restablecedor para las glándulas suprarrenales que un sueño que comienza tarde, aunque se duerma hasta tarde a la mañana siguiente para tener toda la cantidad de sueño necesario.

DARSE PERMISO PARA ACEPTAR CUIDADOS Y AFECTO. Si no aprendiste a hacer esto cuando eras niña, tal vez te haga falta practicarlo. Concéntrate en actividades y personas que sean alegres y te hagan reír. Esto estimula el funcionamiento sano del sistema inmunitario.

RESPALDARSE CON UNA BUENA NUTRICIÓN. Sigue las directrices que ofrezco en el capítulo 17. Haz una dieta de alimentos integrales con el mínimo de azúcar. Evita cuanto sea posible la cafeína y la comida basura. No olvides comer suficientes proteínas, un poco en cada comida y tentempié. Evita los programas de ayuno y limpieza, que te pueden debilitar más aún. Pon atención también al consumo de vitaminas y minerales; la vitamina C es esencial para los vasos sanguíneos que irrigan las glándulas suprarrenales: toma entre 500 y 2.000 mg repartidos en dosis a lo largo del día; la vitamina B_5 (ácido pantoténico) interviene en la producción de energía a través del trifosfato de adenosina de las glándulas suprarrenales y otras partes del cuerpo: toma entre 500 y 1.000 mg diarios repartidos en dosis, y no olvides tomar con ella el resto de las vitaminas del complejo B (de 25 a 50 mg del complejo B). Toma también magnesio: de 300 a 400 mg al día divididos en dosis (en forma de fumarato, citrato, glicinato o malato); cuando el nivel de cortisol es demasiado elevado aumenta la excreción de magnesio por la orina, de modo que es fácil comprender lo común que es el agotamiento de magnesio cuando se está en un estado de estrés permanente. También es útil el zinc (de 15 a 30 mg al día).

Es posible que el suplemento de vitaminas y minerales que tomas regularmente contenga todos los nutrientes que he mencionado. Simplemente añade más de lo que escasea en tu suplemento actual.

TOMAR SUPLEMENTOS DE HIERBAS. El eleuterococo o ginseng siberiano *(Eleuterococcus senticosus)* suele ser muy útil para la función suprarrenal, porque uno de sus componentes está emparentado con la pregnenolona, precursora de la DHEA y el cortisol. Toma una cápsula de 100 mg dos veces al día. Si notas que te estimula demasiado, tómalo antes de las tres de la tarde.

La raíz de regaliz contiene hormonas vegetales que tienen efectos similares al cortisol. En caso de tener niveles muy bajos de cortisol, toma hasta ¼ cucharadita de un extracto sólido al 5:1 tres veces al día.

CONSIDERAR LA POSIBILIDAD DE TOMAR SUPLEMENTOS HORMONALES. Si el resultado del análisis de laboratorio indica que han disminuido los niveles de DHEA (deshidroepiandrosterona), tal vez convenga considerar la posibilidad de tomar suplementos de esta hormona hasta que se hayan restablecido las glándulas suprarrenales. Las dosis elevadas de DHEA durante periodos prolongados pueden cambiar la variación diaria en los niveles de cortisol, y no las recomiendo para la mayoría de las mujeres sanas. Pero tomar dosis sustitutivas fisiológicas de esta hormona (suficientes para normalizar el nivel) durante un periodo de tres a seis meses puede servir para que las glándulas suprarrenales descansen y comiencen a restablecerse más rápido.

La DHEA se encuentra en forma de crema para la piel, comprimido o extracto (el extracto ha de hacerlo un farmacéutico especializado en fórmulas). Cada forma tiene un efecto algo diferente, pero sea cual sea la forma, hay que comenzar con la menor dosis posible e ir aumentándola gradualmente hasta notar un cambio positivo en la energía. La mayoría de las mujeres sólo necesitan de 5 a 10 mg dos veces al día; unas pocas necesitan hasta 25 mg dos veces al día. Habrá que comprobar nuevamente los niveles de DHEA pasados tres meses, y si se han normalizado, se puede comenzar a disminuir la dosis.

Al parecer la progesterona también contribuye a equilibrar los efectos del exceso de cortisol. Ponte entre ¼ y ½ cucharadita de crema de progesterona al 2 por ciento en la piel una o dos veces al día.

Alguna mujer podría necesitar también un suplemento de cortisol, que debe recetar el médico durante un periodo limitado de tiempo.

EJERCICIO. Hacer ejercicios entre leves y moderados es muy útil. Pero si después te sientes agotada, quiere decir que haces demasiado. Sobrepasar los límites en el ejercicio debilita aún más las glándulas suprarrenales, de modo que hay que comenzar por poco, aunque sólo sea hacer un recorrido de ida y vuelta por la calle donde vives, y después ir aumentando lentamente.

Tipos de menopausia

Menopausia natural y perimenopausia

Actualmente, la edad promedio de la menopausia son los 52 años, y suele presentarse entre los 45 y los 55. Es posible que algunas mujeres la tengan más pronto, a los 39 años, por ejemplo. La mayoría de las mujeres tienen la menopausia más o menos a la misma edad en que la tuvo su madre, aunque esto no siempre es así.

El climaterio es un proceso bioquímico que dura entre seis y trece años. Durante este proceso, es posible que falten reglas durante varios meses y después vuelvan; las menstruaciones pueden aumentar o disminuir en duración y abundancia de flujo. Es posible que algunas mujeres experimenten una interrupción de hasta un año y que luego las reglas se reanuden.

Cuando comienzan las irregularidades en el ciclo menstrual durante la perimenopausia, los síntomas como los dolores de cabeza y la irritabilidad suelen deberse a los mayores niveles de estrógeno en la sangre en proporción a la progesterona, causados por la menor ovulación. Las mujeres que tuvieron una pubertad difícil, síndrome premenstrual o depresión posparto tienen más propensión a experimentar cambios de humor y otros síntomas durante la menopausia que las que han pasado sus cambios hormonales anteriores sin molestias. Durante la perimenopausia, puede ser muy útil tomar suplementos de progesterona en pequeñas cantidades, durante la fase lútea del ciclo. La dosis habitual es de 50 a 100 mg de progesterona micronizada administrada por vía oral de una a tres veces al día, desde el día 16 al 27 del ciclo.[9] También se puede usar una crema de progesterona al 2 por ciento. (A algunas mujeres les va mejor si la progesterona se administra todos los días del ciclo.) La progesterona es particularmente beneficiosa para las mujeres que sufren de migrañas premenstruales.

Muchas mujeres que comienzan a experimentar faltas o cambios en sus reglas creen que están entrando en la menopausia. Aunque probablemente aún les faltan por lo menos cinco años para la última menstruación, les puede resultar muy provechoso hacerse un perfil hormonal con análisis de saliva o de sangre. Esto establece la línea de base de los niveles de estrógeno, progesterona y testosterona, que puede ser muy útil después para prescribir un tratamiento hormonal sustitutivo individualizado. (Véase la sección «La solución hormonal individualizada», págs. 590-592)

Si bien la menopausia suele venir anunciada por el comienzo de un cambio en el flujo menstrual o por faltas de reglas, algunas mujeres sencillamente dejan de tener la menstruación y no tienen ningún otro síntoma. Otras experimentan sofocos, sequedad vaginal, disminución de la libido y «pensamiento confuso». Se puede hacer un análisis de sangre para medir los niveles de las hormonas gonadotropinas de la pituitaria: la hormona foliculoestimulante y la luteinizante. Estas hormonas las produce la glándula pituitaria para estimular a los ovarios a producir óvulos. Durante los años de menstruación, los niveles de estas hormonas se elevan al máximo a mitad de ciclo cada mes, durante la ovulación, un aumento que va acompañado por los cambios emocionales y fisiológicos de que hablamos en el capítulo 8. Durante el climaterio, sin embargo, la glándula pituitaria y los ovarios experimentan un cambio gradual, durante el cual disminuyen las ovulaciones y aumentan poco a poco los niveles de las hormonas foliculoestimulante y luteinizante (la glándula pituitaria continúa enviando estas hormonas porque no recibe los habituales mensajes hormonales de los óvulos en desa-

rrollo que le dicen que disminuya la producción). Cuando estas hormonas llegan a un cierto nivel en la sangre, se dice que están dentro de la franja menopáusica.

A mí se me enseñó que una vez que estas hormonas están dentro de la franja menopáusica, la mujer ya es menopáusica y va a continuar siéndolo, pero yo he descubierto que esto no siempre es así. Una mujer de 40 años, por ejemplo, que no tuvo reglas durante seis meses y tenía niveles menopáusicos de esas hormonas, después volvió a tener menstruaciones normales. Un nuevo análisis de sangre reveló que los niveles de las hormonas foliculoestimulante y luteinizante también habían vuelto a sus niveles premenopáusicos. En estos momentos no considero que los niveles de las hormonas foliculoestimulante y luteinizante sean indicadores muy fiables, y por lo tanto no suelo pedir este análisis. Es importante que las mujeres perimenopáusicas sepan que aunque experimenten faltas de ovulaciones, teóricamente todavía pueden quedarse embarazadas hasta un año después de su última menstruación. Por ese motivo, les recomiendo que continúen usando alguna forma de anticoncepción durante todo ese tiempo. Es posible que las mujeres que han pasado o están pasando por una menopausia natural no necesiten un tratamiento hormonal sustitutivo. Sin embargo, muchas mujeres van a necesitar alguna clase de apoyo hormonal o de otro tipo durante la perimenopausia y la menopausia, sobre todo en los casos de menopausia prematura o artificial.

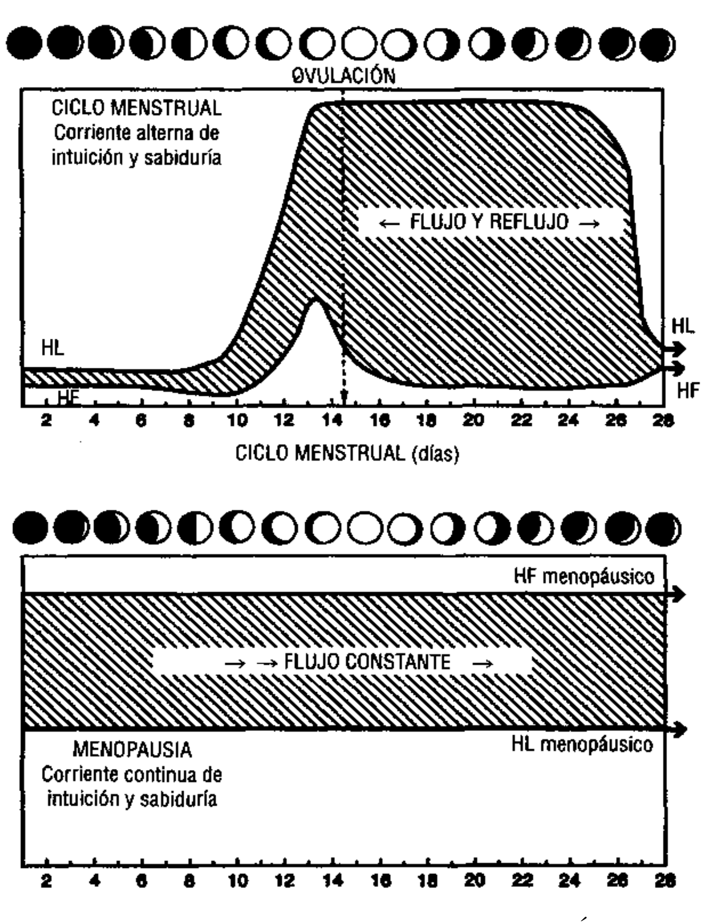


FIGURA 16. CORRIENTES DE SABIDURÍA

Las hormonas foliculoestimulante (HF) y luteinizante (HL) estimulan la ovulación y son liberadas de forma cíclica cada mes hasta la menopausia. Después se produce un cambio durante el cual las ovulaciones van acabándose gradualmente y los niveles de las hormonas citadas van aumentando también gradualmente. Estos niveles elevados tienen que ver con el paso de «corriente alterna» a «corriente continua». La sabiduría intuitiva de que antes disponíamos sólo durante ciertas partes del ciclo menstrual pasa a estar potencialmente disponible en todo momento.

Nota: Esta figura aparece de otra forma en el libro de Mona Lisa Schulz *Despierta tu intuición* (Urano, Barcelona, 2000).

Menopausia prematura

Un pequeño porcentaje de mujeres experimentan la menopausia prematura unos años antes o después de los cuarenta (alrededor de una de cada cien mujeres pasa el climaterio a los 40 años o menos). En algunos casos

este es un trastorno autoinmune relacionado con una mala alimentación o un estrés crónico y tiene por consecuencia la producción de anticuerpos antiováricos.[10] Se ha comprobado que entre las mujeres que tienen una menopausia prematura y pérdida de la provisión de estrógeno ovárico hay más posibilidades de enfermar de demencia.[11] Es importante que la mujer que tenga este historial preste especial atención a las cosas que favorecen un funcionamiento sano del cerebro (véase la sección sobre la enfermedad de Alzheimer más adelante en este capítulo.)

Menopausia artificial

Actualmente una de cada cuatro estadounidenses van a entrar en la menopausia a consecuencia de una operación. La histerectomía con extirpación de ovarios o salpingooforectomía lateral (extirpación de ovarios y trompas) produce una menopausia instantánea a la mujer premenopáusica, la cual es muy diferente de la menopausia natural y debe tratarse de forma distinta. La extirpación de los ovarios va acompañada por una drástica disminución en la producción de testosterona y otros andrógenos. La menopausia quirúrgica también puede producir una importante disminución en la producción de estrógeno. Los síntomas pueden ser fuertes y debilitadores si no hay un adecuado reajuste de los niveles hormonales.[12] Dado que la menopausia normal se produce alrededor de los 52 años, deberá continuarse el tratamiento sustitutivo de estrógeno por lo menos hasta esa edad.

De todos modos, la histerectomía sin extirpación de ovarios podría acelerar la menopausia, como hemos dicho anteriormente. En algunos casos, los ovarios disminuyen temporalmente la producción de hormonas, lo cual es causa de síntomas menopáusicos que desaparecen cuando se reanuda el funcionamiento ovárico. También se ha comprobado que los niveles de progesterona disminuyen de forma importante durante al menos seis meses después de la ligadura de trompas.[13]

Asimismo es posible que las mujeres que han recibido tratamiento quimioterápico para cualquier cáncer tengan menopausia prematura, como también aquellas que han recibido radioterapia en la pelvis. (A las mujeres que se encuentran en necesidad de estos tratamientos, he de decirles que, según mi experiencia, hacer un tratamiento de acupuntura y hierbas chinas al mismo tiempo suele prevenir la menopausia prematura y aliviar también muchos de los efectos secundarios de la quimioterapia y la radioterapia). Si tomamos en cuenta a las mujeres que actualmente experimentan la menopausia prematura natural más las que tienen menopausia artificial, resulta que alrededor de una mujer de cada doce tiene la menopausia antes de los 40 años.

CUADRO 8

PERFIL DE UNA MUJER DE BAJO RIESGO: TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA OPCIONAL

- Menopausia fisiológica normal a los 50 (o entre 5 años antes o después).
- No tiene historial familiar de enfermedad cardiovascular antes de los 65 años.
- No tiene historial familiar de osteoporosis.
- Es de constitución entre media y voluminosa (véase el capítulo 17 para determinar esto).
- No fuma.
- No toma fármacos relacionados con un mayor riesgo de osteoporosis (esteroides, dosis elevadas de medicamentos para la glándula tiroides, algunos diuréticos) durante periodos prolongados.
- No tiene un historial de depresión.
- Hace ejercicios de pesas y aeróbicos con regularidad (tres veces a la semana).
- Hace una dieta rica en elementos nutritivos que produce el equilibrio entre los eicosanoides (véase el capítulo 17).
- Su consumo de bebidas alcohólicas es mínimo (no más de 2 o 3 bebidas a la semana).
- Siente pasión por vivir.

La terapia hormonal sustitutiva

Florence vino por primera vez a mi consulta a los 51 años para su examen anual. Experimentaba sofocos, pero en realidad no le molestaban. No quería tomar estrógeno. Por otra parte, estaba preocupada porque había leído que las mujeres necesitan la terapia hormonal sustitutiva para prevenir las enfermedades cardiacas, la enfermedad de Alzheimer y la Osteoporosis. Desde hacía tres meses no tenía reglas, hacía ejercicios con regularidad, tenía un sano porcentaje de grasa corporal, y varios meses antes le habían hecho un perfil hormonal salival que indicaba un bajo nivel de estrógeno, pero un nivel de testosterona normal; el nivel de progesterona estaba un poco bajo. En su familia no había ningún historial de enfermedad cardiaca, Osteoporosis ni enfermedad de Alzheimer, y su vida sexual iba muy bien. Su madre tenía 75 años, se mantenía muy erguida, jugaba al tenis todos los días en verano y esquiaba durante todo el invierno; su abuela materna conservaba una gran agudeza mental y a sus 92 años todavía cuidaba ella misma de su jardín. Ninguna de estas dos mujeres había tomado hormonas jamás.

CUADRO 9

PERFIL DE UNA MUJER DE ALTO RIESGO: TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA RECOMENDADA (A NO SER QUE ESTÉ CONTRAINDICADA POR OTROS MOTIVOS)

- Menopausia prematura (a los 40 años o antes).
- Menopausia artificial antes de los 45 años (inducida por cirugía, quimioterapia, fármacos o radioterapia).
- Tiene una enfermedad cardiovascular diagnosticada.
- Tiene un historial familiar muy marcado de enfermedad cardiovascular prematura.
- Desproporcionadamente ancha de vientre y caderas (figura en forma de manzana).
- Es fumadora.
- Marcado historial familiar de enfermedad de Alzheimer.
- Es sedentaria.
- Hace una dieta pobre en nutrientes y rica en alimentos refinados.
- Considera que no hay mucho por lo que valga la pena vivir.

Cuando una mujer como Florence me pide consejo sobre terapia hormonal sustitutiva, mis recomendaciones son muy sencillas. Deberá administrarse la menor cantidad de medicación que le proporcione alivio sintomático. En este caso le recomendé tomar entre 400 y 1.200 UI diarias de vitamina E más cierta dosis de bioflavonoides. Y le dije que probara con una crema de progesterona al 2 por ciento sobre la piel, diariamente durante tres semanas al mes. Le recomendé que siguiera este tratamiento de tres a seis meses, y luego haría las modificaciones necesarías. Dado que su nivel de testosterona era naturalmente elevado, le dije que probablemente le iría bien sin tomar estrógeno. También le recomendé que nos replanteáramos el asunto de las hormonas cada año cuando viniera para su control anual, o antes si tenía algún problema.

Sin embargo, en la actualidad a la mayoría de las mujeres no se les hace una evaluación menopáusica ni una prescripción individualizada. A la gran mayoría se les receta la dosis estándar de Premarin, que es una combinación de más de veinte estrógenos equinos conjugados hechos de orina de yeguas preñadas. (El nombre Premarin es un acrónimo de *«pregnant mares' urine»* [orina de yeguas preñadas]. Si lo dudas, pon una gota de agua en un comprimido de Premarin y huélelo.)

A las mujeres a las que no se les ha hecho una histerectomía también se les da una progestina sintética, generalmente Provera (medroxyprogesterona), una hormona fabricada en laboratorio, y muy diferente de la progesterona que se produce naturalmente. La finalidad de la progestina sintética es prevenir que el Premarin cause una formación excesiva de tejido dentro del útero, lo cual con el tiempo puede conducir a un

mayor riesgo de cáncer uterino. La progesterona natural va a producir lo mismo, sin los efectos secundarios del Provera, que se parecen a los del síndrome premenstrual.

El Premarin se introdujo en 1949, y por motivos históricos y económicos continúa siendo el patrón por el cual se miden todos los demás tratamientos hormonales para la menopausia. Es también el estrógeno que más se emplea en los estudios más importantes. Aunque se ha demostrado que alivia los síntomas menopáusicos de muchas mujeres y se ha asociado con un menor riesgo de enfermedad cardiaca, Osteoporosis y enfermedad de Alzheimer, yo ya no lo recomiendo. En primer lugar, a bastantes mujeres simplemente no Ies sienta bien, lo cual es el motivo de que muchas dejen de tomarlo; con demasiada frecuencia experimentan dolor en las mamas, dolor de cabeza e hinchazón. Y a muchas no les gusta volver a tener sus reglas, que a veces son muy abundantes y dolorosas. Lo que he observado en los análisis salivales es que un gran número de mujeres que toman dosis estándar de Premarin tienen niveles demasiado elevados de estrógeno; en realidad se les da sobredosis, aumentando así innecesariamente los riesgos asociados al tratamiento hormonal sustitutivo.

Pero incluso en dosis menores, la mujer seguirá sin recibir lo que yo considero el mejor tratamiento, y el motivo es el siguiente: el Premarin no contiene hormonas que sean equiparables a las del cuerpo humano.[14]

Como dice el doctor Joel Hargrove, pionero en el uso de hormonas naturales y director médico del departamento de menopausia del Centro Médico de la Universidad Vanderbilt: «El Premarin es una hormona natural si el alimento natural para uno es el heno». (De vez en cuando, alguna mujer se va a sentir mejor con el Premarin que con otras opciones, por motivos que aún no están claros; estas mujeres a veces experimentan mareo con otros preparados.)

En vista de la inquietud respecto al cáncer de mama relacionado con la terapia sustitutiva de estrógeno, el uso de compuestos sexuales sintéticos con los cuales el cuerpo humano, por su naturaleza, no puede arreglárselas, podría considerarse el equivalente a realizar un vasto experimento con la población femenina. Bajo esta luz es una ironía que al tratamiento con hormonas naturales bioidénticas a las del cuerpo de la mujer se lo llame «medicina alternativa».

La solución hormonal individualizada

Hay muy buenas noticias para las mujeres que necesitan un tratamiento hormonal sustitutivo a causa de sus síntomas u otros factores de riesgo. Desde la publicación de la primera edición de este libro, ha habido un progreso positivo en el campo del apoyo hormonal natural individualizado. Y en lugar de reducir toda esta cuestión al estrógeno, ahora sabemos que la sustitución hormonal podría requerir las otras dos clases de hormonas que también producen los ovarios: la progesterona y los andrógenos.

En primer lugar, una pequeña explicación sobre la palabra «natural», que se usa de un modo tan controvertido y confuso. Los componentes hormonales del Premarin son ciertamente naturales para las yeguas, pero la palabra se aplica más corrientemente a las hormonas vegetales (fitohormonas) que se encuentran en alimentos como la soja y los ñames silvestres. El cuerpo humano utiliza mejor las hormonas vegetales que las equinas, porque las hemos consumido durante millones de años; de todos modos, estas hormonas vegetales no son las mismas que fabrica el cuerpo humano.

Las hormonas naturales de que voy a hablar entran en otra categoría. Derivan de las hormonas que se encuentran en la soja y el ñame, pero en el laboratorio se modifica su estructura molecular para que sean exactamente iguales a las que se encuentran en el cuerpo humano; por eso también se las llama «hormonas bioidénticas». Los estrógenos, la progesterona y la testosterona que están a la venta en farmacias especializadas en fórmulas para sustitución hormonal se producen de esta manera. La cantidad de hormonas también está estandarizada, de modo que sus efectos son mensurables y previsibles. No se trata de si las hormonas se producen o no en un laboratorio; si son equiparables a las hormonas que se encuentran en el cuerpo humano, son naturales.

A diferencia del método convencional «píldora mágica» de recetar 0,625 mg de Premarin a toda mujer perimenopáusica o menopáusica que entre por la puerta, el tratamiento hormonal sustitutivo con hormonas bioidénticas no ofrece ningún programa único uniforme. Las recetas deben hacerse a la medida de cada paciente, y las dosis deben revisarse regularmente durante el primer año más o menos haciendo las modificaciones necesarias hasta llegar a una dosis óptima. Es posible que esta dosis necesite seguir modificándose a medida que la mujer pasa por la perimenopausia y la menopausia, y su cuerpo, su estilo de vida y su dieta experimentan cambios.

El objetivo del apoyo hormonal natural es restablecer los niveles de hormonas (o de sus precursores) hasta llegar a los normales que tenía la mujer a los treinta o cuarenta años. Un programa integrado que incluya los tres tipos de hormonas (estrógeno, progesterona y andrógenos) es el óptimo, incluso para las mujeres a las que se les ha extirpado el útero. Actualmente, a la mayoría de las mujeres a las que se les ha practicado la histerectomía sólo se les ofrece estrógeno, sin dar ninguna importancia al papel de la progesterona y los andrógenos.

Prácticamente son posibles cientos de combinaciones de hormonas, entre ellas de estrógeno, progesterona, DHEA (deshidroepiandrosterona) y testosterona, y se pueden administrar por diversas vías: oral, transdérmica o vaginal. Dado que las opciones son muy numerosas y suelen confundir, recomiendo comenzar con un perfil hormonal para cada mujer que exprese preocupación por la menopausia o manifieste síntomas menopáusicos. También es ideal hacerse este perfil hormonal de base entre los 40 y los 45 años, cuando la mujer no tiene ningún síntoma. Entonces se conocen de antemano sus niveles hormonales ideales, lo cual hace mucho más fácil formular un programa sustitutivo hecho a su medida cuando lo necesite. (Por ejemplo, he descubierto que las mujeres que tienen los niveles más altos de testosterona suelen no necesitar terapia hormonal sustitutiva, ya que son capaces de convertir este andrógeno en las otras hormonas que necesitan.) Puesto que el climaterio puede durar hasta trece años, será necesario variar los programas o revaluar la necesidad de continuar la toma de hormonas a lo largo del periodo de transición menopáusica.

Actualmente existe un número de medios cada vez mayor para ayudar a las mujeres a obtener los programas hormonales sustitutivos individualizados que considero ideales. Entre estos están un buen número de laboratorios y farmacias independientes a lo largo y ancho de Estados Unidos y Canadá especializadas en fórmulas a medida del cliente. La mayoría de los farmacéuticos tienen muchísima experiencia en el trabajo con profesionales de la salud para individualizar las soluciones hormonales óptimas. Para las mujeres que no tienen acceso a este tipo de farmacias en su zona, Aeron LifeCycles Lab y Madison Pharmacy Associates han creado el Programa de Restablecimiento de seis pasos, que ofrece análisis salivales de base para medir los niveles de algunas o todas las siguientes hormonas: estrógeno, progesterona, testosterona, cortisol y DHEA. También encontrarás este programa en la hoja informativa *Health Wisdom for Women,* y se lo conoce como Wisdom Hormone Support Program [Programa de Apoyo Hormonal Sabiduría]. Además de los niveles hormonales, el programa incluye un análisis de orina para medir la descomposición de los productos del colágeno con el fin de determinar si la mujer está en riesgo de Osteoporosis.[15] Basándose en estos datos se recomendará una dosis inicial, en consulta con un farmacéutico muy experimentado y el médico o profesional de la salud que atiende a la mujer.

Aunque se ha demostrado claramente que los análisis hormonales salivales son tan exactos como los de sangre, continúa evolucionando la ciencia de correlacionar los niveles en la saliva con las dosis hormonales reales en cada mujer.[16] Por ejemplo, después de la administración transdérmica de una hormona, el nivel de esta hormona en la saliva se eleva con mucha mayor rapidez que en la sangre. En estos momentos no hay ningún estudio a largo plazo de grupos grandes de mujeres que hayan recibido dosis fisiológicas sustitutivas de estrógenos. Sin este tipo de información, nunca vamos a ser realmente capaces de contestar a las preguntas que es necesario responder cuando se trata de sustitución hormonal. Dados los informes que se están reuniendo sobre los programas de tratamiento individualizado, me siento muy optimista respecto a este tipo de programas y los recomiendo, por considerarlos muy superiores al método convencional de «talla única».

Información básica sobre las hormonas

Estrógeno

Hay tres tipos de estrógenos que se producen naturalmente en el cuerpo femenino: la estrona (El), el estradiol (E2) y el estriol (E3). La estrona se produce en cantidades importantes en la grasa corporal, y este es el motivo de que las mujeres anoréxicas dejen de menstruar y tengan Osteoporosis prematura; simplemente no tienen grasa corporal suficiente para sostener la función hormonal normal. El estrógeno actúa como una hormona del crecimiento para los tejidos mamario, uterino y ovárico. La sobreestimulación de estos órganos por el estrógeno está relacionada con una proliferación celular excesiva que podría conducir al cáncer. En su aspecto positivo, el estrógeno eleva el colesterol HDL (de alta densidad, el bueno) y tiene un efecto beneficioso en las paredes de los vasos sanguíneos; este es uno de los motivos de que la terapia sustitutiva de estrógeno se haya relacionado con un menor riesgo de enfermedad cardiaca. Contribuye a prevenir la Osteoporosis, inhibiendo las células óseas llamadas osteoclastos, que intervienen en el reciclaje y la descomposición del hueso viejo.

También alivia los sofocos, previene la sequedad y el adelgazamiento vaginales y estimula la capa de colágeno de la piel, lo cual mejora su elasticidad y previene las arrugas.

Los estrógenos más eficaces y usados más corrientemente son el estradiol y la estrona. Se encuentran en una amplia variedad de preparados, entre ellos los que se utilizan por vía oral y los parches transdérmicos. Sin embargo, a las mujeres que, por cualquier motivo, les preocupe el cáncer de mama, yo les recomendaría el estriol (véase página siguiente), aun cuando algunos especialistas están recetando estrógenos convencionales a las mujeres que han tenido cáncer de mama porque muchas de ellas sufren muchísimo de agotamiento hormonal.

A excepción del estriol, el estrógeno de cualquier fuente, sea natural o no, puede ser potencialmente peligroso si la dosis es demasiado elevada o si no está equilibrado por la progesterona. La regla para los estrógenos (excepto el estriol) es la siguiente: usar la dosis menor posible que alivie los síntomas. Los preparados ideales son iguales a las hormonas que se encuentran naturalmente en el cuerpo femenino. Entre ellos están: cualquier combinación de estrona y estradiol preparada en una farmacia; el Estrace y los parches Estraderm o Climera, todo de estradiol; y el Ortho-Est, un tipo de estrona.

Gracias a los análisis salivales he descubierto que el estrógeno administrado a través de la piel, mediante parche o crema, suele producir niveles más elevados que los que producen los preparados orales. En algunos casos, la mujer sólo va a necesitar en la piel un décimo del estrógeno que toma en forma de comprimido. Este es uno de los motivos de que sea tan importante controlar los niveles hormonales en la saliva.

Estriol

Las mujeres que han tenido cáncer de mama o una neoplasia de cualquier tipo relacionada con el estrógeno, normalmente no se consideran candidatas aptas para la terapia sustitutiva de estrógeno convencional. Una alternativa para estas mujeres es el estriol, que es un estrógeno algo más débil que se cree que tiene una acción protectora contra el cáncer de mama. Esto lo demostró el doctor Henry Lemon en un estudio de mujeres pacientes de cáncer de mama metastásico. En un grupo de prueba que recibió estriol en dosis que variaban entre 2,5 y 15 mg diarios, el 37 por ciento experimentó una remisión o la detención del cáncer. Ciertamente hay que investigar más en este campo.[17]

El estriol no causa una proliferación celular excesiva en el revestimiento del útero ni en el tejido mamario, y se ha comprobado que es tan beneficioso para el colágeno de la piel como los otros estrógenos.[18] Sin embargo, no tiene el mismo efecto beneficioso sobre los niveles de colesterol que tienen el estradiol y la estrona. Además, se necesitan dosis muy elevadas (12 mg o más diarios) para que influya en la densidad ósea. Por lo general, estas dosis causan náuseas y por lo tanto no son apropiadas clínicamente. La dosis oral normal es de 2 mg diarios. También se ha usado el estriol combinado con el estradiol y la estrona para disminuir, al menos teóricamente, el riesgo de efectos de proliferación del estrógeno en el tejido mamario.[19] Se está reuniendo información sobre los efectos generales de este método.

Progesterona

La progesterona es diferente de las progestinas sintéticas como el acetato medroxyprogesterona (Provera). A diferencia del Provera, que se sabe que causa hinchazón, dolores de cabeza, depresión y aumento de peso, y que también podría incrementar el riesgo de espasmo fatal de la arteria coronaria (véase la sección sobre las enfermedades cardiacas más adelante en este capítulo, págs. 615-617), la progesterona natural no tiene ningún efecto secundario grave en las dosis normales y no tiene ningún efecto adverso sobre el nivel de lípidos en la sangre, si se compara con el Provera.[20] Hay ocasiones en que la mujer va a necesitar los fuertes efectos farmacológicos del Provera, como en los casos de menstruaciones muy abundantes. A efectos de tratamiento hormonal sustitutivo, sin embargo, la progesterona natural es muy superior en lo que se refiere al alivio de los síntomas y la ausencia de efectos secundarios.

A efectos clínicos, la conversión normal es: 5 mg de Provera equivalen a 100 mg de progesterona natural si se toma en dosis orales. En general, hay que administrar una cantidad suficiente de progesterona para regular los receptores de estrógeno del tejido mamario y el revestimiento uterino con el fin de inhibir el efecto de hormona del crecimiento del estrógeno sustitutivo.[21] También se ha comprobado que la crema de progesterona transdérmica al 2 por ciento, en una dosis de ¼ de cucharadita (entre 25 y 30 mg) produce niveles fisiológicos de progesterona, y eso suele ser lo único que necesita una mujer para contrarrestar los efectos del estrógeno, aunque esto debe individualizarse.

Muchos médicos creen que las cremas de progesterona al 2 por ciento, como el ProGest, no dan resultado porque no producen niveles elevados de progesterona en la sangre. Estos niveles suelen ser bajos porque cuando la progesterona entra en el torrente sanguíneo, el 80 por ciento de ella se va a las membranas plasmá-

ticas de los glóbulos rojos, la parte que se desecha cuando se hacen los análisis de sangre. Este es también el motivo de que con frecuencia los niveles de hormonas en la saliva aparezcan más elevados que en la sangre. Idealmente, los niveles hormonales los controlará un médico en un marco clínico.

Para que sea efectiva, una crema transdérmica deberá contener un mínimo de 400 mg de progesterona por cada 30 g. Las siguientes cremas satisfacen o sobrepasan este patrón: ProGest, Fem-Gest, Bio Balance, Ostaderm, Progonol, ProBalance y Serenity. La dosis normal de estas cremas de progesterona estandarizadas es de un cuarto a media cucharadita aplicada sobre la piel una o dos veces al día. Prácticamente no hay peligro de sobredosis, y muchas mujeres usan 400 mg o el equivalente a un tubo o tarro entero a la semana sin ningún efecto adverso.

Muchos preparados que se venden como crema de ñame silvestre *(Dioscorea)* contienen poco o nada de progesterona. Si bien los ñames silvestres son uno de los ingredientes usados en el laboratorio para preparar progesterona y otras hormonas sexuales, no hay informes suficientes que indiquen que una crema de ñame va a servir a la mujer de la misma manera que las fórmulas estandarizadas. El ñame silvestre puede ser beneficioso como fitohormona (hormona vegetal), sólo que no tiene los mismos efectos mensurables.

Aunque, como he indicado, no hay ningún régimen de terapia hormonal sustitutiva estándar, el doctor Joel Hargrove, director médico del departamento de menopausia del Centro Médico de la Universidad Vanderbilt, ha obtenido muy buenos resultados clínicos usando una dosis inicial promedio de 0,5 mg de estradiol y 100 mg de progesterona natural en una cápsula única tomada por vía oral una vez al día.[22] Yo he usado esta fórmula para muchas mujeres con excelentes resultados.

En algunos casos, la mujer sólo necesitará la progesterona natural para aliviar todos sus síntomas menopáusicos. (El doctor John Lee ha demostrado ser un gran pionero en este campo.) Esto es posible porque la progesterona es una molécula precursora que el cuerpo puede utilizar para producir estrógenos y andrógenos. Por ejemplo, el cuerpo podría ser capaz de fabricar una cantidad de DHEA (deshidroepiandrosterona) adecuada a partir de la progesterona natural, y esto explica por qué es común descubrir que los suplementos de progesterona natural aumentan el impulso sexual (aunque, lamentablemente, esto no funciona para todo el mundo).

Andrógenos

Como ya he dicho en la sección sobre la función suprarrenal, las hormonas andrógenas DHEA y testosterona son esenciales para la energía, la vitalidad y el impulso sexual. Los niveles de andrógenos pueden bajar después de una histerectomía, aun cuando no se extirpen los ovarios; también podrían bajar después de una ligadura de trompas, debido al cambio en la provisión de sangre a los ovarios. Muchas mujeres que no se sienten muy bien tomando estrógeno y progesterona han comprobado que tomar una pequeña cantidad de DHEA o testosterona es lo único que necesitan para sentirse tan bien como antes. La dosis inicial normal de deshidroepiandrosterona oral es de 5 mg dos veces al día. Es raro que una mujer necesite aumentar esta dosis a mucho más de 10 mg dos veces al día. Yo prefiero comenzar con un suplemento de DHEA, ya que esta hormona es precursora de la testosterona. Algunas mujeres, sin embargo, necesitarán un suplemento de testosterona desde el comienzo, que se puede administrar en forma de píldora o crema. Muchas mujeres han comprobado que la testosterona natural en una dosis de 1 o 2 mg en días alternos administrada en forma de crema vaginal les soluciona la sequedad vaginal y los problemas de libido. Un farmacéutico puede preparar este compuesto con una receta.

Los síntomas de la menopausia

El hecho de que la mujer sufra o no durante la menopausia está conectado con su pasado cultural, su historial familiar y sus expectativas. Creer que se van a tener problemas durante la menopausia puede conducir a tenerlos.

Es notable que nuestro sistema médico no haya realizado ninguna prueba prospectiva controlada sobre la experiencia menopáusica de mujeres sanas que hacen ejercicio con regularidad, siguen una dieta adecuada, no fuman y llevan un estilo de vida en general sano. Nuestro enfoque cultural está en la menopausia como problema. Sin embargo, sí se han estudiado algunas culturas en las que la menopausia no se considera un problema. Por ejemplo, la antropóloga Ann Wright estudió los síntomas menopáusicos en mujeres navajas, tanto tradicionales como de cultura occidental asimilada; descubrió que las navajas tradicionales sufren de muy pocos síntomas y que su posición económica y social está claramente relacionada con su experiencia de síntomas. Este estudio sugiere que los síntomas menopáusicos están causados por un estrés psíquico, no físico.[23]

En un estudio de mujeres kung del sur de África se comprobó que la categoría social de la mujer se eleva después de la menopausia; además, en el idioma kung ni siquiera existe una palabra que signifique «sofoco». Esto apunta a la posibilidad de que las mujeres kung o bien no experimentan este síntoma o lo experimentan de modo distinto a las mujeres occidentales y no lo consideran bajo una luz negativa.[24] En cambio, entre el 80 y el 90 por ciento de las mujeres de nuestra cultura experimentan sofocos, y un número considerable tienen sequedad vaginal y pérdida del deseo sexual.

Sofocos

Los sofocos, también llamados «calores vasomotores», se caracterizan por una sensación de calor y sudor, sobre todo en la cabeza y el cuello; los sufren entre un 50 y un 85 por ciento de las mujeres en algún periodo de los años del climaterio. La mayoría de las mujeres sólo experimentan una ocasional sensación de calor y una ligera sudoración, pero para un 10 a un 15 por ciento son verdaderas oleadas de calor y sudor que interrumpen sus actividades diarias y pueden producirles perturbaciones del sueño y la subsiguiente depresión. Los sofocos suelen acabar al cabo de un año más o menos, pero algunas mujeres los siguen teniendo, desde 10 a 40 años más.[25] Se desconoce la verdadera causa de los sofocos, aunque se cree que están relacionados con cambios en los neurotransmisores que no están bien comprendidos. Es posible también experimentar sofocos durante la adolescencia y los años reproductivos, después de tener un bebé y antes de la menstruación, por motivos diferentes a la insuficiencia de estrógeno. Se ha comprobado también que los sofocos aumentan cuando la mujer está nerviosa o angustiada.

Tratamiento

NUTRICIÓN. Tomar vitamina E (d-alfa-tocoferol), entre 100 y 400 UI dos veces al día,[26] y bioflavonoides cítricos con ácido ascórbico, 200 mg de cuatro a seis veces al día.[27] Reducir el consumo de hidratos de carbono refinados, cafeína y alcohol.

Se ha comprobado que la proteína de la soja, 50 g diarios (el equivalente a una porción normal de tofu), disminuye la intensidad de los sofocos. La soja y sus derivados contienen fitoestrógenos e isoflavones, los cuales, según se ha demostrado, disminuyen los síntomas menopáusicos y regulan los niveles de estrógeno. Se piensa que las japonesas sufren de menos sofocos y otros síntomas debido a su elevado consumo de productos derivados de la soja.[28] Entre los alimentos que contienen abundante cantidad de fitoestrógenos están los anacardos (o castañas de acajú), los cacahuetes, la avena, el maíz, el trigo, las manzanas y las almendras.[29] Al parecer los fitoestrógenos inhiben los efectos de la excesiva estimulación del estrógeno en las mamas y el útero, y por lo tanto es posible que tengan una acción protectora. La genisteína, presente en los productos de la soja, también parece prometer una reducción del riesgo de cáncer.

HIERBAS. Desde la antigüedad se han usado diversos preparados de hierbas para aliviar los síntomas menopáusicos. Uno de los más estudiados en esta época es un extracto de cimifuga *(Cimicifuga racemosa),* que se vende en farmacias y tiendas de alimentos naturales con el nombre de Remifemin; un importante número de pruebas clínicas controladas han demostrado que la cimifuga es igual a los estrógenos equinos conjugados en su capacidad de mejorar la lubricación vaginal y reducir la depresión, los dolores de cabeza y los sofocos; la dosis normal es de dos comprimidos dos veces al día.[30] Otras hierbas que han demostrado ser útiles son el sauzgatillo *(Vitex agnus-castus),* el ginseng siberiano *(Eleutherococcus senticosus),* el dong quai *(Angélica sinensis),* el fo-ti y el ñame silvestre;[31] estas hierbas se encuentran en extractos y combinaciones orales en las tiendas de alimentos dietéticos. Han de tomarse de cuatro a seis semanas para notar una mejoría de los síntomas. También se ha comprobado que algunos remedios herbolarios chinos disminuyen los síntomas menopáusicos; varios de ellos están a la venta; consulta con un profesional de la salud.

PROGESTERONA NATURAL. A algunas mujeres les ha ido bien la progesterona natural para aliviar los sofocos.[32] Es muy probable que este efecto se deba a que es una hormona precursora y también a que regula los receptores de estrógeno.

TERAPIA SUSTITUTIVA DE ESTRÓGENO. El tratamiento estándar para los sofocos (estrógeno, sea convencional o natural) produce un ciento por ciento de disminución de este síntoma cuando se debe a una reducción de los niveles de estrógeno.

Ten presente que no todos los sofocos se deben a una disminución del estrógeno. También pueden causarlos el hipertiroidismo, el consumo de alcohol y la diabetes no controlada. Recuerdo haber tenido sofocos durante mis embarazos y a veces antes de la regla. Muchas mujeres informan de pautas similares.

MEDICINA ENERGÉTICA. La meditación y la relajación pueden ir bien para aliviar los sofocos. Muchas mujeres han probado con éxito la respuesta de relajación (véase la sección sobre el síndrome premenstrual en el capítulo 5) para reducir los sofocos hasta un 90 por ciento.[33]

Sequedad, irritación y adelgazamiento de la vagina

El adelgazamiento del tejido vaginal durante la menopausia está relacionado con la disminución de los niveles de estrógeno. El tejido vaginal está formado por muchas capas de células; cuando la mucosa vaginal está bien provista de estrógeno, se la llama «epitelio cornificado»; «cornificado» significa que las células son duras y resistentes. Después de la menopausia, algunas mujeres pierden las capas externas cornificadas del tejido vaginal, lo que puede ser causa de sequedad e irritación vaginales. Estas dolencias son muy individuales y subjetivas; una mujer a la que se le ha diagnosticado una vaginitis atrófica podría no tener ningún síntoma. En algunas mujeres, el adelgazamiento y la irritación del revestimiento de la vagina van acompañados por un aumento de la alcalinidad; este elevado pH a veces tiene por consecuencia una vaginitis bacteriana.

Por motivos que no están claros, la terapia sustitutiva de estrógeno muchas veces no alivia los síntomas del adelgazamiento vaginal. Suele ser necesaria una aplicación adicional de crema de estrógeno directamente en la vagina.

El adelgazamiento de la mucosa vaginal y del tejido uretral va también acompañado a veces por frecuencia urinaria y síntomas de infección de las vías urinarias (véanse la sección «Infecciones recurrentes de las vías urinarias» y su apartado «Hormonas», en el capítulo 9). Este problema se puede aliviar fácilmente aplicando una pequeña cantidad de crema de estrógeno directamente en la parte del tejido vaginal que recubre el tercio *externo de* la uretra, que se puede palpar justo debajo de la parte superior de la abertura vaginal.

Tratamiento

HIERBAS. El Remifemin (cimifuga) actúa de forma similar al estriol para producir un engrosamiento de la mucosa vaginal. También se han usado con éxito hierbas como las hojas de diente de león y la paja de avena para restablecer la lubricación vaginal.[34] Estas hierbas se han de tomar por vía oral.

LUBRICANTES. La Crème de la Femme es un lubricante con base de aceite que Se tolera muy bien; un farmacéutico puede añadirle estriol o testosterona (150 mg de testosterona en aceite para 30 g de crema); la dosis normal es de 1 g al día. También se pueden usar lubricantes que se venden sin receta.[35] Mi favorito se llama Sylk y lo hacen del kiwi. Entre otros están el gel K-Y, Lubrin y Replens.

TESTOSTERONA. De 0,5 a 1 mg de crema de testosterona aplicada en la piel o en la vagina, diariamente o cada tres días, restablecerá la función de la mucosa vaginal sin el riesgo de producir niveles de estrógeno excesivamente elevados en el organismo.[36]

ESTRIOL. La crema vaginal de estriol se aplica en dosis de 0,5 mg dos veces al día durante una semana, luego una vez al día durante una semana y después dos o tres veces a la semana. La preocupación por el efecto de los estrógenos en el cáncer de mama mitiga el uso de estriol, que ejerce una acción muy potente localmente pero débil en la totalidad del organismo.[37]

ANILLO VAGINAL DE ESTRADIOL. Actualmente existe un anillo vaginal hecho de silicio e impregnado con estradiol. Se coloca en la vagina como un diafragma y va liberando continuas dosis pequeñas de estradiol durante tres meses. Es una opción cómoda para muchas mujeres. A un porcentaje pequeño de mujeres les puede producir efectos secundarios, por ejemplo infecciones vaginales recurrentes, dolor de cabeza e irritación vaginal.

CREMAS VAGINALES DE ESTRÓGENO CONVENCIONALES. El Premarin, el Ogen (estrógenos equinos conjugados) y el Estrace (estradiol) son cremas de estrógeno para tratar la sequedad vaginal, el adelgazamiento de la mucosa vaginal y otros síntomas.

Osteoporosis

La Osteoporosis posmenopáusica es actualmente una de las enfermedades más comunes y discapacitadoras entre las mujeres norteamericanas. Los estudios han demostrado que durante el climaterio las mujeres pierden entre un 2 y un 5 por ciento de masa ósea al año, en un periodo de 5 años. Sin embargo, el 50 por ciento de masa ósea que pierde la mujer durante toda su vida la pierde antes de que comience la menopausia. Según las estadísticas, de un 6 a un 18 por ciento de las mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 34 años tienen una densidad ósea anormalmente baja. El índice de fracturas de cadera entre las mujeres blancas de Estados Unidos comienza a elevarse bruscamente entre los 40 y los 44 años, mucho antes de la llegada normal de la menopausia.[38] No obstante, dos estudios recientes han demostrado que la predisposición a caerse, generada por el «andar senil» (estilo de caminar inseguro, arrastrando los pies, causado por la debilidad muscular y la mala forma física general), y la mala vista son factores tan importantes como la baja densidad ósea en el riesgo de fractura de caderas.[39]

Está claro que la pérdida progresiva de masa ósea en las mujeres se debe a factores más complejos que la sola insuficiencia de estrógeno o calcio. Las mujeres han de comprender que tomar calcio es sólo una parte de la formación de huesos fuertes; son importantes también el magnesio, el boro, la vitamina D, la vitamina C y los oligoelementos. También son importantes el ejercicio y la reducción del estrés. Y si bien los productos lácteos se anuncian como la panacea para prevenir la Osteoporosis, es totalmente posible crearse y mantener huesos sanos sin tomar productos lácteos (en el capítulo 17 encontrarás fuentes alternativas de calcio). Es recomendable que cualquier mujer que fume, tenga un historial de consumo excesivo de alcohol o su madre haya sufrido de Osteoporosis grave, se haga una densitometría ósea (medición de la densidad de la masa ósea). Otros factores de riesgo son: la falta de ejercicio; una dieta rica en hidratos de carbono refinados; insuficiencia de calcio, magnesio, boro, oligoelementos y vitamina D, y no haber tenido nunca un hijo.

También se ha comprobado que la depresión es un factor de riesgo importante de Osteoporosis. Es muy probable que esto se deba a los elevados niveles de cortisol que acompañan a este trastorno.[40]

Un historial de perturbaciones ovulatorias y la consiguiente insuficiencia de progesterona pueden predisponer a la Osteoporosis. Las mujeres que tienen un historial de amenorrea debida a un bajo porcentaje de grasa corporal, como les suele ocurrir a las atletas y bailarinas, se encuentran en un riesgo de Osteoporosis mayor que la población general.[41]

La mejor manera de conocer la densidad ósea actual es mediante una densitometría o prueba exploratoria llamada «absorciometría por rayos X de energía dual». Se puede hacer en las caderas, la columna vertebral, el antebrazo o todo el cuerpo. Es rápida y sin riesgos, porque se emplea una dosis muy baja de radiación. Para determinar el riesgo de Osteoporosis, es también útil un análisis de orina que mide los productos de la descomposición metabólica de los huesos (Pyrilinks-D).

Programa de salud para los huesos

Aunque la administración de estrógeno sustitutivo es la terapia principal para disminuir el riesgo de Osteoporosis, un programa de modificaciones dietéticas, ejercicio y progesterona natural puede ser igualmente eficaz para detener la pérdida de masa ósea.

Una de mis pacientes se hizo una densitometría ósea cuando entró en la menopausia a los 53 años. El resultado fue una densidad ósea baja. Su madre había muerto de cáncer de mama, así que no tenía la menor intención de tomar estrógeno. Inmediatamente le aconsejaron que tomara Fosamax, un nuevo fármaco que previene la descomposición de los huesos, y que se repitiera el examen a los seis meses. Me llamó muy preocupada porque sus huesos se estaban deshaciendo. La tranquilicé diciéndole que no era así y le recomendé un programa de ejercicios con pesas, progesterona natural y suplementos de boro, calcio, magnesio, vitamina D, vitamina C y oligoelementos (véase más adelante). A los seis meses sus huesos mostraban un importante aumento de densidad. El médico del centro de Osteoporosis se sorprendió mucho por los resultados y le dijo que debía continuar haciendo lo que fuera que estuviera haciendo. Desde entonces se ha hecho el examen cada dos años y su densidad ósea se ha mantenido excelente.

Aunque los nuevos fármacos para la formación de los huesos como el Fosamax son tal vez mejor que nada, yo preferiría que se usaran como último recurso. Prueba las recomendaciones dadas aquí primero. Cualquier fármaco que se entrometa en el metabolismo del calcio es probable que tenga efectos secundarios a

largo plazo. En algunos casos, el Fosamax (alendronato) se ha relacionado también con graves úlceras de esófago. Otro fármaco para los huesos, el Miacalcin (calcitonina), se presenta en aerosol nasal y puede ir bien a mujeres mayores que sufren de Osteoporosis dolorosa, pero insisto en que prefiero los métodos más naturales como terapia principal.

DIETA. Cambia a una dieta de alimentos integrales ricos en nutrientes. (Véase el capítulo 17.)

EJERCICIO. Dos sesiones de 40 minutos a la semana de ejercicios como caminar, ir en bicicleta o entrenarse con pesas contribuirán a aumentar la densidad ósea.

REDUCIR EL CONSUMO DE FOSFATO. El consumo de fosfato inhibe directamente la absorción del calcio. Elimina los refrescos de cola y la cerveza sin alcohol, que contienen demasiado fosfato.

DEJAR DE FUMAR Y REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL. Puesto que las fumadoras y las que consumen dos o más bebidas alcohólicas diarias corren el mayor riesgo de Osteoporosis, las mujeres deberán dejar de fumar y limitar su consumo de alcohol.[42]

LIMITAR LA CAFEÍNA. La cafeína aumenta la velocidad de pérdida de calcio por la orina. El consumo diario de cafeína deberá limitarse a no más del equivalente a dos tazas de café.[43]

VITAMINA D. Toma 350 UI diarias.[44] Ten presente que un baño de sol de 15-30 minutos, sin crema antisolar, aporta de 300 a 350 unidades de vitamina D, pero la mayoría de la gente no sale al aire libre lo suficiente, y cuando lo hacen exponen muy poca piel al sol. A la persona blanca normal del norte de Estados Unidos, exponer las manos, la cara y los brazos al sol de media mañana o última hora de la tarde tres días a la semana le aporta vitamina D suficiente desde marzo hasta octubre. Las mujeres que tienen la piel más oscura corren menos riesgo de sufrir de Osteoporosis, y todas las mujeres que viven más cerca del ecuador tienen más facilidad para satisfacer sus necesidades de vitamina D con la luz del sol.

BETACAROTENO. Toma 25.000 unidades diarias (15 mg). El betacaroteno se convierte en vitamina A en el cuerpo. La vitamina A favorece un sano epitelio intestinal, que es importante para la óptima asimilación de las substancias nutritivas, y también fortalece las articulaciones. Se encuentra en abundancia en las hortalizas de color amarillo y naranja, como la calabaza y las zanahorias, y también en las verduras de hoja verde oscuro.

PROGESTERONA NATURAL. Aunque está bien documentado el papel de la progesterona en el metabolismo óseo, este tratamiento suele pasarse por alto.[45] En un estudio se comprobó que la densidad ósea aumenta en las pacientes hasta 16 años después de la menopausia usando crema de progesterona natural, además de seguir una buena dieta y hacer ejercicio.[46]

VITAMINA C. Este nutriente interviene en la síntesis y la reparación del colágeno. La dosis recomendada es de 2.000 mg diarios.[47] El trabajo del doctor Linus Pauling sugiere que el consumo de vitamina C debería ser relativamente mayor de lo que nos han enseñado. Una naranja sólo aporta 60 mg al día. Las pruebas del doctor Pauling son muy convincentes de que la vitamina C es beneficiosa y no tiene efectos secundarios en dosis de alrededor de 2.000 mg al día.

MAGNESIO. El magnesio ha de tomarse en forma de citrato o malato, en una dosis de 300 a 800 mg diarios, según sea la calidad de la dieta.[48] El magnesio es un componente del hueso y es esencial para varias reacciones bioquímicas importantísimas en la formación de los huesos. La dieta estadounidense estándar es pobre en magnesio. En realidad, una dieta pobre en magnesio y relativamente rica en calcio puede contribuir a la Osteoporosis. Aunque los niveles de magnesio en la sangre suelen ser normales, eso es engañoso. Un análisis más exacto es el del nivel de magnesio en los glóbulos rojos, que suele ser bajo en los casos de depresión y agotamiento. El consumo excesivo de alimentos procesados suele ser el culpable de la insuficiencia de magnesio. Este nutriente se encuentra en las verduras de cultivo biológico u orgánico, los cereales integrales, las algas y las carnes como la de pavo.

MANGANESO. Este nutriente debería tomarse en forma de picolinato de magnesio. La dosis recomendada es de 15 mg al día.

CALCIO. Deberá tomarse una dosis de 1.000 a 1.500 mg diarios en forma de aspartato, citrato o lactato. Se puede tomar menos si los alimentos contienen cantidades abundantes. Pese a los anuncios televisivos que promueven el antiácido Tums para obtener el calcio necesario, existen suplementos mejores. Aunque se ha demostrado que el calcio que contiene el Tums aumenta la densidad ósea, también ejerce un efecto alcalinizante en el ácido gástrico, inhibiendo así la absorción del calcio y aumentando el riesgo de cálculos renales.[49]

BORO. El boro es un oligoelemento que se encuentra en las frutas, los frutos secos y las verduras. Se ha descubierto que reduce la pérdida de calcio por la orina y aumenta los niveles del estradiol beta 17 (el estrógeno biológicamente más activo) en la sangre, dos efectos que contribuyen a la salud de los huesos. La dosis mínima de boro que se necesita al día (2 mg) se satisface fácilmente con una dieta diaria rica en frutas, frutos secos y verduras; en suplemento se pueden tomar hasta 12 mg diarios.[50]

La sexualidad durante la menopausia

Lo que creemos sobre la sexualidad y la menopausia tiene muchísimo que ver con nuestras expectativas y experiencias sexuales. Un error muy común acerca de la menopausia es que disminuyen de forma importante el deseo y la actividad sexuales durante este periodo, pero la bibliografía ginecológica y psiquiátrica no respalda esta creencia. Dado que nuestra sociedad considera la menopausia una «falta de productividad» y relaciona la capacidad reproductora con la capacidad sexual, muchas mujeres se han tragado la creencia de que va a desaparecer su impulso sexual. Pero en los seres humanos la capacidad para el placer sexual y la capacidad de reproducción son dos funciones distintas. Siempre podemos tener la una sin la otra.

Algunas mujeres sí notan una disminución de la libido durante la menopausia. Una de ellas me dijo que esa falta de deseo sexual no era un problema para ella, pero sí le preocupaba que su marido no tuviera suficiente actividad sexual. Sospecho que esa preocupación es compartida por muchas mujeres. Y también sospecho que uno de los motivos de esa disminución de la libido después de la menopausia en algunas mujeres es que su fuerza vital, o *chi,* sencillamente está agotada por años de estrés y que no les queda nada para el deseo sexual. También está claro que los niveles de testosterona, que tiene un papel importante en el deseo sexual, disminuyen en muchas mujeres mayores debido a una amplia variedad de motivos.[51] Si los niveles son bajos, esas hormonas andrógenas se pueden reponer hasta niveles normales.[52] (Véase la sección sobre el restablecimiento de las glándulas suprarrenales, págs. 579-582.)

Pero en otras mujeres, el climaterio y el periodo posmenopáusico vienen acompañados por un aumento del deseo y la actividad sexuales. Para muchas mujeres es la primera vez que se sienten libres del temor de un embarazo no deseado. Muchos médicos creen erróneamente que a las mujeres mayores no sexualmente activas les falta el deseo sexual. Pero los estudios han demostrado que el motivo de que no sean sexualmente activas suele ser que no tienen pareja, o que su compañero está enfermo, o que el adelgazamiento vaginal les produce dolor durante el acto sexual.

Para algunas mujeres, disponer de una pareja adecuada es más importante para su deseo sexual que cualquier otro factor. La felicidad conyugal es sumamente importante para el deseo sexual.[53]

Por lo menos un 50 por ciento de las mujeres menopáusicas dicen no experimentar ningún descenso en su deseo sexual, y menos de un 20 por ciento informan de un descenso importante. Masters y Johnson demostraron que el impulso sexual no está relacionado con el nivel de estrógeno en la sangre, y que por lo tanto no disminuye automáticamente con la menopausia.[54] Los andrógenos son las hormonas relacionadas con la libido. Muchas de mis pacientes menopáusicas que han acabado con matrimonios insatisfactorios y se han vuelto a casar con un hombre más compatible tienen una vida sexual mejor que nunca. Particularmente notable es el caso de una mujer de 75 años, muy modosa y formal, que siempre venía a la consulta con blusas de cuello alto de encaje. Tenía el problema de cierta sequedad vaginal y le preocupaba la perspectiva de tener que renunciar a su actividad sexual. Recién casada, estaba experimentando siete orgasmos por sesión con su marido, después de haber sido anorgásmica durante sus cuarenta años de matrimonio con el primero. Me dijo que antes no tenía idea de lo maravillosa que puede ser la relación sexual. Lo único que necesitó fue un poco de crema de estrógeno y que la tranquilizara diciéndole que era una mujer normal.

Otra mujer, de 55 años, entró en su época sexual más satisfactoria cuando comenzó una relación con un hombre quince años menor que ella. Hay ciertas pruebas de que en las épocas prepatriarcales, las mujeres

mayores iniciaban a los jóvenes en un aprendizaje sexual que sería particularmente placentero para las mujeres. Con respecto a esto, la combinación de una mujer mayor y un hombre joven tiene perfecto sentido, aunque va contra todo lo que nos ha enseñado nuestra cultura. (Sin embargo, nadie parpadea cuando un hombre de 55 años se casa con una mujer de 25.) La preferencia sexual también puede cambiar en la mitad de la vida. Varias de mis pacientes se han sentido atraídas por mujeres después de la menopausia, aunque antes se definían como heterosexuales.

Un gran problema para muchas mujeres heterosexuales es que la capacidad de su compañero para tener una erección y mantenerla puede ir cambiando a medida que envejece. Si el hombre considera eso como una impotencia inminente, es posible que evite totalmente la actividad sexual. Muchas mujeres me han dicho que les gustaría disfrutar de actividad sexual regular, pero que su marido ya no participa, por temor a la impotencia. Dado que estas mujeres tienen miedo de ofender el ego de su marido, se quedan calladas en lugar de buscar ayuda. Generalmente la única ayuda que necesita el marido es un poco de educación. De todos modos, algunos medicamentos, entre ellos los que se usan para la hipertensión, pueden obstaculizar la erección e incluso la capacidad orgásmica de algunos hombres. Los cambios de estilo de vida, como la pérdida de peso, una dieta con poca grasa y más actividad física puede mejorar la hipertensión a aquellos que están motivados para hacerlos.

Las antiguas culturas taoístas enseñaban ejercicios especiales (como el de la respiración ovárica descrita en el capítulo 7) a las mujeres de las familias reales, gracias a los cuales, según se cuenta, conservaban su apariencia juvenil y su potencia sexual hasta mucho después de la menopausia. Todos estos ejercicios incluían el uso de la mente para hacer circular la energía o fuerza vital por todo el cuerpo. Especialmente importante en estas prácticas era (y sigue siendo) reconducir la potente energía ovárica hacia los demás órganos del cuerpo. Mantak Chia, maestro de estas técnicas, escribe: «Con el método Kung Fu Ovárico como se enseña actualmente, una mujer puede continuar su actividad sexual todo el tiempo que desee, porque no hay pérdida de energía; de hecho, se gana energía mediante la transformación de la energía sexual». Añade que muchas mujeres taoístas consideran el resultado de estos ejercicios el mejor cosmético que existe.[55]

Tratamiento

El tratamiento para la falta de deseo sexual debe ser muy individualizado, pero, como ya he dicho, todas las mujeres que tengan este problema deberían hacerse medir sus niveles de testosterona y DHEA (deshidroepiandrosterona). Algunas mujeres dicen que con la terapia sustitutiva de estrógeno se sienten más como antes. Otras advierten un aumento de la libido después de aplicarse la crema transdérmica de progesterona al 2 por ciento; esto podría deberse en parte a que la progesterona natural es una molécula precursora y puede convertirse en andrógenos e incluso en algunos tipos de estrógeno cuando el cuerpo necesita más de estas hormonas. La testosterona es el principal andrógeno relacionado con la libido. A las mujeres que al parecer no son capaces de producir suficientes andrógenos propios, se les puede dar deshidroepiandrosterona o testosterona, en forma de crema o gel para la piel, o en cápsulas.

Si los niveles de DHEA y testosterona son bajos, prefiero restablecer los de DHEA primero, porque es precursora de la testosterona, y cuando la mujer la toma en dosis normales (10 a 25 mg diarios), sus niveles de testosterona aumentan de una *y* media a dos veces.[56] Combinada con progesterona, la DHEA puede aumentar el bienestar en las mujeres que no responden a la progesterona sola. Algunas mujeres mayores tienen niveles naturalmente elevados de DHEA, de modo que no todas la necesitan. El efecto secundario de demasiada testosterona o demasiada DHEA es un ligero aumento del vello de los brazos y las piernas.

La dosis de testosterona para las mujeres que no responden a la DHEA es de 1 mg diario o a días alternos, según sea la necesidad de la paciente y los niveles en la saliva o la sangre.

A otras mujeres les ha ido bien con remedios homeopáticos, acupuntura o hierbas. Sea cual sea la terapia que elijas, es probable que tenga un efecto placebo en la libido simplemente porque estás haciendo algo para mejorarte. Recuerda que a veces es la vida la que necesita «remedio», y el resultado es que las hormonas se equilibran solas.

El Estratest es una combinación de estrógenos equinos y de metiltestosterona sintética. Suele ser la única solución que se ofrece a las mujeres que tienen problemas de libido. Pero la dosis es demasiado elevada para muchas mujeres y es difícil hacer modificaciones. Además, las hormonas que contiene son extrañas al cuerpo femenino. No lo recomiendo.

Caída del cabello

Hasta un tercio de las mujeres menopáusicas y posmenopáusicas de esta cultura tienen problemas de caída del cabello. Lo desconcertante es que esta caída del cabello puede ir acompañada de un aumento de la vellosidad en la cara. Esto se debe a que no todos los folículos capilares reaccionan igual a las hormonas. En gran parte, este problema está relacionado con sutiles desequilibrios hormonales en los folículos capilares sensibles a los andrógenos, desequilibrios que no aparecen en los análisis estándar y que tienen que ver con la resistencia a la insulina.

Tratamiento

- Hacer una dieta equilibradora de los eicosanoides y perder grasa corporal (véase el capítulo 17).
- Tomar un buen suplemento de vitaminas y minerales.
- Sesiones de acupuntura con láser o la tradicional con agujas.
- Tomar el suplemento herbolario nutritivo chino llamado Shou Wu Pian. Si se toma con regularidad durante al menos dos meses, este suplemento puede restablecer el color normal del pelo que se ha vuelto gris, tiende a aumentar la energía general y también contribuye a restablecer el crecimiento del pelo en algunas personas.

Cambios de humor y depresión

Las investigaciones demuestran que la menopausia por sí sola no contribuye a la mala salud psíquica ni física. Se ha descubierto que entre las mujeres menopáusicas de edades comprendidas entre los 45 y los 64 años la incidencia de depresión es muchísimo menor que entre las más jóvenes. Además, la principal causa de estrés en la vida de las mujeres menopáusicas suele estar más en la familia y en otros factores ajenos a la menopausia.[57] Por ejemplo, según han comprobado algunos estudios, alrededor del 25 por ciento de las mujeres que se encuentran en sus años menopáusicos están cuidando a algún familiar anciano, lo cual ciertamente puede ser muy estresante.[58] La doctora Sonja McKinlay, profesora adjunta de salud de la comunidad en la Universidad Brown, estudió a un grupo de mujeres menopáusicas sanas que no acudían al médico en busca de consejo. «Para la mayoría de las mujeres, la menopausia no es ese importantísimo acontecimiento negativo que se pretende tipificar —dice—. Eso es pura mitología.» Comprobó que sólo entre un 2 y un 3 por ciento de las mujeres de su estudio expresaban cierto pesar por haber dejado atrás sus años reproductivos. Una característica única de este estudio es que se realizó con mujeres sanas que no estaban viendo a ningún médico. Ciertamente, muchos médicos tienen una visión negativa de la menopausia, en parte porque ven a mujeres que han acudido a su consulta con alguna dolencia relacionada con la menopausia.

Como he dicho antes, sin embargo, la menopausia es un periodo en el que podemos encontrarnos ante los asuntos inconclusos que hemos ido acumulando durante la primera mitad de nuestra vida. Es posible que hagamos el duelo por pérdidas que no habíamos llorado totalmente, que ansiemos finalizar esa carrera universitaria que no terminamos, o que deseemos tener otro hijo, o un primer hijo. Es más o menos como si bajáramos al sótano y nos encontráramos ante cajas y más cajas con cosas por clasificar o desechar. Si la mujer está dispuesta a afrontar y tratar sus asuntos inconclusos, tendrá menos síntomas menopáusicos. Descubrirá que sus síntomas son mensajes de su guía interior que le dicen qué partes de su vida necesitan atención.

Tratamiento

Cuando la mujer está dispuesta a resolver los asuntos emocionales inconclusos de su vida, no suele ser necesario ningún tratamiento para sus cambios de humor. El trabajo interior del que hablaré en la Tercera parte de este libro es una buena forma de comenzar. Una mejor alimentación y el ejercicio pueden hacer maravillas; muchas mujeres afectadas de depresión siguen dietas tan pobres en grasa que no logran fabricar las substancias químicas cerebrales adecuadas para disipar la depresión (véase el capítulo 17).

Otras mujeres sí van a necesitar un apoyo físico para sus sistemas endocrino, energético y emocional, mediante tratamientos como la terapia sustitutiva de estrógeno, la homeopatía, la acupuntura y otros métodos. Entre ios remedios de hierbas, el Remifemin (cimifuga) puede ir bien para aliviar estos síntomas.[59] También se ha comprobado que el hipérico o corazoncillo *(Hypericum perforatum)* es muy útil para la depresión de

leve a moderada, y permite a muchas mujeres dejar su medicación antidepresiva. Busca un producto estandarizado al 0,3 por ciento. La dosis de hipérico es de 300 a 330 mg tres veces al día con las comidas.[60]

La terapia hormonal sustitutiva mejora la depresión a algunas mujeres, pero en otras no tiene ningún efecto. Cada caso ha de examinarse de forma holista para determinar el tratamiento óptimo.

Pensamiento confuso

Muchas mujeres hablan de un cambio en sus procesos de pensamiento antes de la menopausia; este «pensamiento confuso» se suele describir como una incapacidad para pensar ordenadamente y es un cambio normal autolimitador. En su libro *Transformation Through Menopause,* Marian Van Eck McCain llama a esto «cabeza algodonosa», es decir, la sensación de ser incapaz de usar el hemisferio izquierdo del cerebro, o intelecto, para tareas como llevar las cuentas u organizarse.[61] He preguntado sobre esto a muchas mujeres y he descubierto que es algo común. Muchas se sienten aliviadas al saber que es normal, porque tienen miedo de estar en las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer. No hay ninguna prueba que respalde el mito tan común de que los seres humanos normalmente pierden la memoria o se vuelven «seniles» cuando envejecen.[62]

Después de leer lo de la «cabeza algodonosa», comprendí que yo sentí eso mismo después de tener a mis hijas. Parecía prácticamente incapaz de concentrarme en tareas lineales. Sentía confuso el cerebro. Deseaba ver películas, estar con mi bebé y no tener que pensar, al menos no de la forma limitada en que define el pensamiento nuestra cultura. Según lo entiendo yo, este estado de «cabeza algodonosa» podría desconectarnos temporalmente de nuestros lóbulos frontales, esa parte del cerebro que interviene en el pensamiento lineal, racional, planificador del futuro. En este estado tenemos la posibilidad de pensar con el corazón. Si le permitimos desplegarse, si no lo combatimos ni lo consideramos una disfunción, puede ser una iniciación a una forma totalmente nueva de experimentar el mundo, muchísimo más intuitiva. A muchas mujeres, la capacidad de expresarse mediante la pintura, la literatura o la escultura les viene de permitir que su «cabeza algodonosa» las centre y las ayude a retirarse del mundo gobernado por el intelecto inflexiblemente organizado.

Peggy, profesora de parvulario de 58 años, cuenta que cuando entró en la menopausia comenzó a sentir una incapacidad de concentrarse en la clase: «Después de treinta años de maestra, no era capaz de recordar los nombres de los niños de mis clases, y a veces ni siquiera sabía cómo se escribían las palabras». Todas las fibras de su ser le decían que debía tomarse un año sabático para prestar atención a su vida interior. Su problema para «pensar» se le hizo tan terrible que finalmente se echaba a llorar en medio de la clase. Comprendió que necesitaba un cambio. Dejó la escuela, se fue a California y vivió durante un año en una pequeña casita cerca de la playa. Durante ese tiempo comenzó a hacer punto y macramé. Descubrió que eso era exactamente lo que necesitaba su cerebro para la actividad meditativa.

Siguiendo una corazonada, comenzó a enseñar las técnicas que estaba aprendiendo a personas mayores de la localidad. Me envió por correo una silla de playa; había tejido a mano el asiento y el respaldo con hermosos y poco habituales dibujos. Descubrió que sus habilidades tenían una gran demanda. Además de hacer punto, se permitió desahogar la pena por el fin de su matrimonio, hacía diez años; se perdonó el efecto que eso tuvo en su hijo. Cuando la vi un año más tarde, Peggy era una mujer sanada, llena de confianza en la vida. Había aceptado el desafío de la menopausia, entrando en su parte intuitiva y comenzando una vida totalmente nueva. Ahora pasa la mitad del año en California y la otra mitad en Maine. Ha reanudado su actividad de maestra, dando pocas clases y según sus propias condiciones. Ya no se olvida de los nombres de los niños ni de sus planes para la clase.

Preocupación por la salud futura

Cáncer de mama

El problema más común que tienen las mujeres respecto a la terapia sustitutiva de estrógeno es el miedo al cáncer de mama, y ese es el principal motivo de que no quieran tener nada que ver con esta terapia, aun cuando podría irles bien. Investigadores del Brigham and Women's Hospital de Boston, dirigidos por Francine Grodstein, realizaron un estudio de dieciséis años de duración sobre 40.000 enfermeras posmenopáusicas. En este estudio se comprobó que el riesgo de muerte era un 37 por ciento menor en las enfermeras que tomaban estrógeno (en forma de Premarin) que en las que nunca lo habían tomado. Pero aunque el riesgo de enfermedad cardiaca fatal fue un 53 por ciento menor entre las que tomaron Premarin durante diez o más años, el

índice de muerte sólo fue un 20 por ciento menor, debido a un aumento de la mortalidad por cáncer de mama. Concretamente, el cáncer de mama fatal fue un 43 por ciento mayor entre estas mujeres.[63]

Yo creo, sin embargo, que si el estrógeno usado en el tratamiento sustitutivo fuera bioidéntico, como he explicado anteriormente, y se utilizara junto con progesterona natural en dosis a la medida de cada mujer, no tendríamos un aumento tan impresionante del riesgo de cáncer de mama en el tratamiento con estrógeno. Pero incluso con el tratamiento sustitutivo de estrógeno estándar, con dosis no individualizadas, no todos los estudios han encontrado una correspondencia fuerte entre el estrógeno y el cáncer de mama. De todas formas, el metaanálisis sugiere un aumento relativo del riesgo después de siete años de terapia.[64]

El doctor Isaac Schiff, jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital General Massachusetts de Boston, tiene en su consulta un cuadro sobre el riesgo de cáncer de mama para ayudar a sus pacientes a comprender claramente lo que significan para ellas personalmente las estadísticas acerca de la correspondencia entre el estrógeno y el cáncer de mama. Encuentro tan útil este cuadro que lo reproduzco aquí. Hay que tener en perspectiva el riesgo de cáncer de mama.

CUADRO 10
EFECTOS DE LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA (THS) EN EL RIESGO DE CÁNCER DE MAMA

Edad actual	**Probabilidad de cáncer de mama Diagnóstico este año**	
	Con 5 años de THS	*Sin THS*
50-54	1 en 320	1 en 450
55-59	1 en 276	1 en 386
60-64	1 en 209	1 en 292
65-69	1 en 144	1 en 244

Fuente: *Cancer Statistics Review* 1973-1989. Tomado del número de agosto de 1995 del *Harvard Women's Health Watch*, © 1995, presidente y miembros del Harvard College.

Como ya he dicho, algunos informes sugieren una relación entre una cantidad excesiva de hidratos de carbono en la dieta y el cáncer de mama, de modo que conviene moderar el consumo de hidratos de carbono.[65] Además, en una prueba controlada de consumo de alcohol, las mujeres que tomaban Premarin y las que estaban en terapia sustitutiva de estrógeno experimentaron una elevación promedio del 300 por ciento de los niveles de estradiol durante cinco horas después de beber alcohol. En las que no estaban en terapia hormonal no hubo ningún aumento comparable. Por consiguiente, debería aconsejarse limitar el consumo de alcohol cuando se esté en terapia hormonal sustitutiva.[66]

También está muy claro que si los niveles de estrógeno son muy elevados en relación a los de progesterona, puede producirse una proliferación del tejido mamario y una mayor probabilidad de proliferación anormal.[67] La administración de progesterona hasta sus niveles fisiológicos normales contribuye a prevenir esto, bloqueando los receptores de estrógeno en los tejidos sensibles a él. Este es uno de los motivos de que a todas las mujeres que están tomando estrógeno, e incluso a algunas que no lo toman, les recomiende progesterona natural. En realidad, algunos especialistas piensan que si la progesterona se usara de esta manera, podría prevenirse mucho cáncer de mama.[68] El método óptimo para una mujer preocupada por el cáncer de mama es o bien recurrir a alternativas al estradiol o la estrona, como el estriol, la progesterona y las hierbas, o usar la dosis mínima eficaz de estradiol o estrona. En la comunidad médica hay cada vez mayor consenso respecto a que algunas mujeres que han tenido cáncer de mama deberían recibir los beneficios del estrógeno. Creo que esto es cierto en algunos casos, aunque siempre debe llevarse de modo individualizado.

Son cada vez más las pruebas que sugieren que el consumo de productos de la soja disminuye el riesgo de cáncer de mama.[69] Yo recomendaría una dieta rica en productos derivados de la soja, como el tofu y el tempe, a no ser que la mujer sea alérgica a estos alimentos.

También se ha demostrado que hacer ejercicio cuatro horas a la semana reduce de forma importante el riesgo de cáncer de mama (véase el capítulo 18).

Enfermedades cardiacas

Las enfermedades cardiacas constituyen la principal causa de muerte de las mujeres posmenopáusicas. Comúnmente se creía que la insuficiencia de estrógeno en mujeres mayores de 55 años era una causa importante de las enfermedades cardiacas. Sin embargo, muchas otras características de las mujeres perimenopáusicas y menopáusicas generan también un riesgo de sufrir estas enfermedades. A esto se debe que en el estudio mencionado antes, realizado sobre enfermeras, los investigadores descubrieran que si la mujer tenía pocos factores de riesgo de enfermedad cardiaca, el estrógeno no contribuía mucho a su supervivencia. Entre los factores de riesgo de enfermedad cardiaca, el principal es la mayor resistencia a la insulina, que está presente en cierto grado en el 50 al 75 por ciento de las mujeres estadounidenses. Los problemas con la insulina y el consumo excesivo de hidratos de carbono son causa de un aumento de la grasa corporal y de anormalidades en el perfil lípido.[70] (Véase el capítulo 17.) Existe una enorme cantidad de información sobre la relación entre la nutrición y las enfermedades cardiacas, sobre todo respecto a los malos efectos del exceso de insulina y los beneficios de los antioxidantes. De hecho, un estudio realizado en 1997, publicado en la revista *American Journal of Clinical Nutrition,* demostraba la probabilidad de que una dieta demasiado rica en hidratos de carbono y demasiado pobre en grasas aumentara el riesgo de enfermedad cardiaca debido a sus efectos adversos en los lípidos y la insulina. Los autores llegaban a la conclusión de que, dados los resultados obtenidos, «parece sensato poner en duda la prudencia de recomendar dietas pobres en grasas y ricas en hidratos de carbono a las mujeres posmenopáusicas».[71] También se ha demostrado que en pacientes de angina de pecho estable, una comida rica en hidratos de carbono provocará isquemia cardiaca durante una prueba en la rueda de andar con mucha más rapidez que una comida rica en grasas.[72] Si tienes algún historial personal o familiar de enfermedades cardiacas, te aconsejo que sigas las recomendaciones dietéticas que dan Michael Eades y Mary Dan Eades en su libro *Protein Power,* o Richard y Rachael Heller en *Salud para toda la vida.**

Si bien el método ortodoxo para el riesgo de enfermedad cardiaca en mujeres posmenopáusicas es administrar estrógeno, en realidad este puede ser más un problema relacionado con un estilo de vida en el cual el consumo excesivo de ácidos grasos trans e hidratos de carbono refinados, combinado con una cantidad inadecuada de ejercicio y proteínas disponen el escenario para un desequilibrio de eicosanoides a nivel celular, el cual a su vez genera, una predisposición a la hipertensión, diabetes y enfermedad cardiaca.[73] En un buen número de estudios se ha comprobado también que, por el contrario, una dieta que contiene aceite de pescado reduce la incidencia de enfermedad cardiaca. De hecho, en un estudio reciente se descubrió la prueba definitiva de que el riesgo de ataque al corazón mortal en los hombres está en relación inversa con la cantidad de pescado que consumen en sus dietas; esto se debe a que los ácidos grasos omega-3, que se encuentran en el aceite de pescado, tienen efectos beneficiosos en el sistema cardiovascular. Probablemente lo mismo vale para las mujeres también. Yo recomendaría comer dos raciones de sardinas, caballa, salmón o pez espada a la semana.[74] Si eres vegetariana, te sería beneficioso tomar aceite de lino de alta calidad. En general, debería recomendarse una dieta que no sea ni demasiado rica ni demasiado pobre en grasas y sí relativamente pobre en hidratos de carbono a cualquier persona que tenga un historial familiar de diabetes, hipertensión o enfermedad cardiaca.

El ejercicio que pone peso en los huesos y músculos puede ser también muy útil porque reduce de modo espectacular la resistencia a la insulina (véase capítulo 17). Va a aumentar la masa muscular no grasa, y puesto que los músculos magros tienen un metabolismo más rápido que las grasas, esto servirá para quemar el exceso de grasa corporal y de este modo reducir el riesgo de enfermedad cardiaca. Las mujeres que hacen estos ejercicios viven un promedo de seis años más que las que no los hacen.

El estrógeno sí tiene un efecto beneficioso independiente en los vasos sanguíneos del corazón, pero no hay fundamentos para creer que el tratamiento sustitutivo de estrógeno es esencial para prevenir la enfermedad cardiaca en todas las mujeres, ya que en esto intervienen muchas otras variables.

A las mujeres que ya están haciendo una terapia hormonal sustitutiva de algún tipo, por ejemplo con progestina sintética en forma de Provera, Amen, Cycrin o Prempro, les recomendaría cambiar a progesterona natural. En un estudio realizado en el Centro Regional de Primates de Oregón, indujeron ataques al corazón, inyectando substancias químicas, a varios grupos de monas a las que les habían extirpado los ovarios para si-

---

* Publicado en castellano poe Ediciones Urano.

mular la menopausia. A las monas que tomaban Provera se les produjo una brusca constricción de las arterias coronarias, que cortó el flujo sanguíneo; estas monas habrían muerto si no hubieran iniciado un tratamiento. La substancia química produjo el mismo efecto en las monas que no tomaban ningún tipo de hormonas. Pero en las monas que tomaban estrógeno solo y las que tomaban estrógeno más progesterona, el flujo sanguíneo se restableció rápidamente sin necesidad de tratamiento alguno. Anecdóticamente se ha informado de efectos similares en seres humanos. El mensaje está claro: deja de tomar Provera si la estás tomando para terapia hormonal sustitutiva, y cámbiala por progesterona natural.

Algunas mujeres experimentan palpitaciones durante la menopausia, que suelen estar relacionadas con emociones como pánico, miedo y depresión. El método *biofeedback* o la técnica de HeartMath explicada anteriormente (véase la sección sobre las suprarrenales en este capítulo) pueden ir espectacularmente bien para este síntoma. También puede ser útil la hierba hipérico o corazoncillo (véase la sección sobre los cambios de humor y depresión en este capítulo). Las expresiones regulares de alegría y creatividad son importantes para un sistema cardiovascular sano y en buen funcionamiento y, en último término, podría ser la mejor medida preventiva.

Enfermedad de Alzheimer

Si bien el pensamiento confuso que experimentan muchas mujeres durante la perimenopausia no es un síntoma de la enfermedad de Alzheimer, es importante entender qué factores están relacionados con esta enfermedad. Actualmente alrededor de un 5 por ciento de las mujeres que rondan los 60 años tienen demencia de algún tipo; este porcentaje sube a 12 después de los 75 años, y algunos estudios sugieren que desde un 28 hasta un 50 por ciento de todas las personas van a sufrir de algún tipo de demencia pasados los 85 años. (La enfermedad de Alzheimer no es el único tipo de demencia; otras formas comunes están causadas por el endurecimiento de las arterias del cerebro y por los efectos del consumo crónico de alcohol y una dieta pobre en nutrientes.)

Se ha criticado la cifra del 50 por ciento, por considerarla demasiado elevada, aunque se cita con frecuencia. Has de saber que el estudio en el que se basa esta cifra se hizo con personas residentes de un centro urbano muy poblado en el cual predominaban el alcoholismo, el bajo nivel de escolaridad y educación y la desesperanza. En un estudio reciente, de largo plazo, realizado con monjas, se comprobó que aquellas que en la primera parte de su vida habían gozado de una mayor actividad cognitiva tenían las menores probabilidades de contraer la enfermedad de Alzheimer pasadas unas décadas.[75] Así pues, no te dejes asustar por las estadísticas porque no se aplican a ti necesariamente.

Hay ciertas pruebas de una relación entre los niveles de estrógeno y la enfermedad de Alzheimer: entre las mujeres que tienen los niveles más elevados de estrógeno (incluidas las que hacen terapia sustitutiva de estrógeno) es menor la incidencia de enfermedad de Alzheimer. Pero la relación entre niveles elevados de estrógeno y menor incidencia de enfermedad de Alzheimer no es uniforme. Las mujeres que conservan la memoria y la actividad cerebral normales durante toda su vida tienden a compartir un conjunto de características, y las mujeres que están en la terapia sustitutiva de estrógeno tienen más probabilidades de calzar con esta descripción que las que no lo están. Algunas de estas características son:

- Buena salud
- Seguridad económica
- Inteligencia y educación superiores al promedio
- Intereses personales activos.
- Sensación de satisfacción y de realización en la vida.

Según sean nuestras opciones en la vida, muchas tenemos muy buenas posibilidades de conservar la memoria cuando nos hacemos mayores, y de hecho incluso de mejorarla, con o sin estrógeno sustitutivo. Los tests neuropsicológicos han demostrado que la función cerebral en personas mayores sanas continúa normal durante toda la octava década de la vida (que es hasta donde se ha estudiado por el momento).

No cabe ninguna duda, sin embargo, de que las hormonas tienen un efecto en la actividad cerebral. Hasta la fecha se han hecho algunos estudios de mujeres pacientes de la enfermedad de Alzheimer cuya memoria ha mejorado inicialmente con dosis elevadas de estrógeno. Y, de hecho, el estradiol (un tipo de estrógeno natural) va a actuar en las zonas del cerebro asociadas con la memoria y que son afectadas por la enfer-

medad de Alzheimer: la corteza, el hipocampo y el cerebro anterior basal. Por último, también se ha demostrado que el estrógeno favorece la ramificación de las neuronas.[76]

Además del estrógeno, hay también una amplia variedad de factores que afectan a la función cerebral y la memoria, y a los niveles de acetilcolina relacionados con estas funciones. Las mujeres han de saber que los datos estadísticos acerca de la demencia no pueden predecir si una determinada mujer va a tener problemas de memoria.

Combatir los mitos sobre el envejecimiento

Hoy en día nuestra sociedad actúa según la errónea idea de que es normal hacerse senil, perder la memoria y cambiar de personalidad con la edad, y todos hemos estado con parientes o amigos pacientes de la enfermedad de Alzheimer u otras demencias y sabemos los terribles efectos que esta enfermedad tiene en todas las personas involucradas.

Infórmate acerca del desarrollo del cerebro para no tragarte ninguna profecía sobre el deterioro de la memoria con la edad. He aquí la realidad: nacemos dotados de todo un conjunto de neuronas en el cerebro, el que llega a su tamaño máximo alrededor de los veinte años; después se va produciendo una disminución gradual a lo largo de todo el resto de la vida. Si más grande es mejor, eso significaría que a los veinte años alcanzamos el máximo de sabiduría e inteligencia, lo cual es una idea totalmente ridicula.

Lo esencial para valorar y mejorar la función cerebral es comprender que la pérdida normal de neuronas a lo largo del tiempo no está necesariamente relacionada con la pérdida de función. De hecho, los estudios han demostrado que a lo largo de toda la vida, a medida que pasamos de la ingenuidad a la sabiduría, nuestra función cerebral se va modelando junto con los surcos de sabiduría. Piensa en el cerebro como si fuera un árbol que necesita podas regulares si queremos que adquiera su forma y funcionamiento óptimo. La pérdida de neuronas con la edad se asemeja a la poda de las ramas no esenciales que en realidad podrían obstaculizar el funcionamiento óptimo obnubilando la conciencia y la claridad mental. Para complementar este proceso, con la edad aumentan las ramificaciones de dendritas y axones entre las neuronas, así como también aumenta nuestra capacidad para hacer asociaciones complejas. Lo que esto significa es que cuanto mayores y más experimentados nos hacemos, mayores son las probabilidades de que perdamos las conexiones y neuronas no esenciales del cerebro, pero desarrollemos conexiones nuevas que nos ayudan a sintetizar las experiencias. En contraste con esto, los adultos retardados al parecer no tienen esta capacidad selectiva cuando envejecen.[77]

Programa de prevención de la enfermedad de Alzheimer

PROTEGERSE CON ANTIOXIDANTES. Al parecer la toma de antioxidantes y vitaminas sirve para prevenir la enfermedad de Alzheimer, ya que reduce la cantidad de lesiones en el tejido del cerebro producidas por los radicales libres.[78] Los radicales libres son moléculas inestables formadas en el tejido celular por culpables como la radiación, ácidos grasos trans e incluso el oxígeno. Estos radicales libres se combinan con tejidos normales y sanos y producen cicatrices y lesiones microscópicas que con el tiempo disponen el escenario para pérdida de la función tisular y la enfermedad. Las vitaminas antioxidantes, como la E, eliminan estos radicales libres tan pronto como se producen, contribuyendo así a librar de sus malos efectos al cerebro, el corazón, los vasos sanguíneos y otros tejidos.

Preocúpate de que tu dieta contenga mucha vitamina C y E, selenio y las vitaminas B, entre ellas ácido fólico. De hecho, se ha comprobado que la vitamina E hace más lento el avance de una enfermedad de Alzheimer ya diagnosticada, pero, ¿para qué esperar? Otra clase de potentes antioxidantes son las proantocianidinas, que se encuentran en la corteza de pino y en las pepitas de uva. Puesto que una enorme cantidad de salud cerebral depende de reducir al mínimo las lesiones de los radicales libres, las mujeres deberían incluir una buena fórmula antioxidante en su programa de suplementación diaria.

EVITAR FUMAR Y EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL. El alcohol afecta al cerebro anterior basal, zona relacionada con la memoria. Y los cigarrillos son factores bien conocidos por causar enfermedad y pequeños cambios en los vasos sanguíneos que disminuyen la provisión de oxígeno al tejido cerebral.

PROTEGER LOS NIVELES DE ACETILCOLINA EN EL CEREBRO. Evita tomar los fármacos que se sabe que disminuyen los niveles de acetilcolina. Te sorprenderá saber los muchos que existen y los pocos médicos que, al pare-

cer comprenden sus efectos adversos en la función cerebral. Lee atentamente la etiqueta de cualquier medicamento recomendado para dormir, para los resfriados y alergias, para ver si contiene difenhidramina (que suele venderse con el nombre Benadryl). Ejemplos de estos medicamentos son Tylenol PM, Excedrin PM, Actifed, Contac y Tylenol Flu PM.

ESTRÓGENO, DHEA Y PREGNENOLONA. El estrógeno, la DHEA (deshidroepiandrosterona) y la pregnenolona estimulan las ramificaciones dendríticas y axonales entre las neuronas, proceso asociado con una mejor memoria.[79] La pregnenolona en particular es tan prometedora que la recomendaría a cualquiera que esté preocupada por la enfermedad de Alzheimer, tenga un historial familiar de esta enfermedad o simplemente desee añadir un gramo de prevención. La dosis inicial es de 5 a 50 mg diarios. Poco a poco aumenta hasta 100 mg al día para ver si notas mayor claridad, serenidad o cualquier otro beneficio; esta hormona precursora se ha usado sin riesgo en dosis de hasta 100 a 200 mg al día. (La pregnenolona también favorece la función suprarrenal, de modo que sus beneficios son muchos.)

En algunos casos la pregnenolona puede dar mejores resultados que la DHEA o el estrógeno porque, al ser hormona precursora, ofrece al cuerpo más opciones bioquímicas que serán específicas para ti. También es posible que algunas mujeres la toleren mejor que a la DHEA o al estrógeno, sin añadir ningún riesgo de pérdida de cabello, nerviosismo, insomnio, hemorragia uterina, etc. Si ya estás tomando DHEA o estrógeno por otro motivo y te sientes bien, entonces continúa tomándolo.

HACER EJERCICIO REGULAR. LOS estudios han comprobado que el ejercicio mejora la memoria incluso en casos de personas que ya manifiestan signos de demencia. ¡Imagínate lo que hará para prevenir el problema!

CONTINUAR APRENDIENDO TODA LA VIDA. Es imposible recalcar lo suficiente la importancia que tiene esto. En realidad creo que este es el factor más importante de todos para prevenir la enfermedad de Alzheimer. Para mantener y mejorar la función cerebral y la sabiduría, hay que mantenerse interesada en el proceso continuado de la vida. Hay que estar ocupada activamente en alguna forma de actividad placentera que suponga crecimiento, desarrollo y aprendizaje. Apúntate a clases, reúnete con amigas y amigos, aprende un nuevo deporte o actividad, comienza una nueva profesión o negocio o comprométete en trabajos voluntarios. Tonifica tus neuronas y rutas neuronales con nuevas ideas, nuevas conexiones y nuevos pensamientos cada día.

Decisión sobre el tratamiento de la menopausia

Algunas mujeres van a tomar la decisión clara y firme de optar por la terapia hormonal sustitutiva mucho antes de experimentar el primer sofoco. Otras estarán menos seguras de las medidas que tomar. No te preocupes, en realidad no puedes equivocarte. Piensa que todo este periodo es como una fabulosa transición en la que vas a actuar por instinto y descubrir tu verdad personal. Muchas mujeres van a acudir a sus médicos para pedir consejo y recomendaciones. Lo ideal es que el médico dé orientación comprendiendo que la persona que mejor conoce su cuerpo y está conectada con sus reacciones es la propia mujer, y por lo tanto la anime a contar sus experiencias. Todas las mujeres que pasan por esta transición vital necesitan hacer caso a su sabiduría interior para decidir el tratamiento apropiado.

Si la mujer está experimentando muchos síntomas menopáusicos y no hay ninguna contraindicación para hacerse la terapia hormonal sustitutiva, suelo recomendarle un tratamiento hormonal de prueba, después de medirle los niveles hormonales en la saliva y luego hacer una revisión y revaluación después de un periodo de tres meses con una dosis inicial. La decisión de comenzar terapia hormonal sustitutiva no es irreversible. El cuerpo está cambiando y evolucionando constantemente; por lo tanto las recetas deberán revisarse y ponerse al día con regularidad a medida que cambian los niveles de hormonas y las circunstancias de la vida. Recomiendo hacer una revaluación anual de la decisión sobre la terapia hormonal sustitutiva, según como se sienta la mujer. Con este método no hay nada que perder y mucho que ganar.

Dejar la terapia hormonal o cambiar de tipo

A muchas mujeres les ocurre que un tipo de terapia hormonal sustitutiva no les va bien mientras que otro tipo sí. En general no hay problema en cambiar de un tipo de tratamiento a otro sin espacio de tiempo entre ellos; por ejemplo, se puede tomar Premarin un día y comenzar con estradiol natural al siguiente.

Pero si deseas dejar la terapia hormonal, hazlo muy poco a poco. Normalmente esto significa tomar un comprimido menos por semana hasta dejar totalmente de tomar el estrógeno. Cuando se va disminuyendo de esta manera hay muchas menos posibilidades de tener sofocos de rebote. Algunas mujeres comienzan a usar crema de progesterona al 2 por ciento, y después de un mes más o menos van disminuyendo gradualmente el estrógeno hasta quedarse sólo con la crema de progesterona o la combinación de hierbas. Esto da al cuerpo el tiempo para sentir los beneficios del nuevo programa mientras se deja lentamente el anterior.

Cuidados personales durante la menopausia

Hazte las siguientes preguntas para orientarte en tus opciones a mitad de la vida:

- ¿Crees que tu cuerpo sabe la manera de estar sano durante y después de la menopausia?
- ¿Te sientes obligada a tomar hormonas después de la menopausia? ¿Por qué? ¿Por qué no?
- ¿Tiene Osteoporosis tu madre o tu abuela? ¿Qué experiencia de la menopausia tuvieron tu madre u otras parientes cercanas? ¿Alguna persona cercana a ti tiene cáncer de mama? ¿Temes contraer ese cáncer?
- ¿Te sentirías mejor sabiendo en estos momentos la densidad de tu masa ósea?
- ¿Cuál es tu nivel de colesterol? ¿Conoce tu perfil de lípidos y tu riesgo de enfermedad cardiaca?
- ¿Crees que va a disminuir tu atractivo sexual después de la menopausia?
- ¿Crees que vas a estar sola en la vejez?
- ¿Haces ejercicios con regularidad para mantener sanos tus huesos?
- ¿Te apoyas en el aspecto nutritivo comiendo alimentos sanos, integrales, deliciosos y frescos?
- ¿Estás dispuesta a permitir que su intuición te hable claramente cuando te convierta en «semilla» para tu comunidad?

La menopausia como un nuevo comienzo

Muchas mujeres menopáusicas sueñan con que dan a luz. Estos sueños con el parto son importantes; significan que hay mucho en nuestro interior que necesita salir, nacer. En esta cultura, las mujeres que están a punto de entrar en la menopausia o que ya lo están necesitan más que nunca entrar en su interior y dar a luz lo que allí está esperando a ser expresado. Ya no podemos permitirnos dejar que nuestra cultura silencie la sabiduría de la mujer sabia, la mujer que contiene su sangre sagrada.

Susun Weed escribe: «El proceso de la menopausia, y no me refiero a la última regla, a la última gota de sangre, sino a todo el proceso de trece años menopáusicos, dispone el escenario para el rito iniciático de completar la vuelta al mundo, igual como las necesidades/capacidades naturales de las mujeres fueron la base de todas las demás iniciaciones. Durante el proceso de la menopausia, cada mujer se encuentra inmersa en y creando las tres fases clásicas de iniciación: aislamiento, muerte y renacimiento. [...] Nuestros cuerpos femeninos insisten en la plenitud, la integridad, la verdad y el cambio. Por mucho que la mujer quiera negar su yo-sombra, su cuerpo no se lo permitirá. La menopausia pone a la mujer individual y de ese modo a toda la comunidad cara a cara con la oscuridad, con lo desconocido.[80]

Con o sin la ayuda de hormonas, toda mujer se beneficiará si entra en la menopausia conscientemente, dispuesta a recoger los dones que le ofrece esta fase de la vida. Lo que tenemos que perder no es ni de cerca tan valioso como lo que tenemos que ganar, encontrando nuestra voz y el valor de expresar nuestra verdad. Cuando las mujeres hacen esto son verdaderamente irresistibles en su poder y belleza. Adondequiera que voy observo que son cada vez más las mujeres mayores de cincuenta años que están mejor que nunca de aspecto. En cuanto cultura estamos redefiniendo verdaderamente lo que significa envejecer con sabiduría.

Hace unos pocos años mi madre comenzó a expresar su creatividad y su conexión con los animales aprendiendo el arte de esculpirlos en piedra. Hasta entonces jamás se había considerado creativa ni artística; además, estaba demasiado ocupada criando cinco hijos como para descubrir sus dones en este campo. Pero ahora, a sus 71 años, sus trabajos son hermosos e inspiradores, y ella, como tantas otras mujeres que han pasado la menopausia, ha descubierto aspectos de sí misma cuya existencia ignoraba. También habla muchísimo en las reuniones del municipio y en otros foros que le interesan. Ya no tiene miedo de decir su verdad en un grupo o ante sus familiares. «No tengo nada que perder —dice—, y he llegado a comprender que muchas veces lo que digo puede beneficiar a las personas».

Para una reciente boda en la familia, dirigí un rito en honor de la novia de mi hermano, para celebrar la inminente boda y darle la bienvenida en nuestra familia. Sentadas en círculo alrededor de ella estaban mi hija mayor, mi sobrina, mi hermana, la madre de la novia, mi cuñada, la hermana de la novia y dos amigas de mi madre; en el círculo había mujeres de 16 a 83 años. Considero una bendición para nuestro grupo que pudiéramos contar con la sabiduría de tres mujeres mayores fuertes, poderosas y capaces, pero sobre todo para mi hija. Qué regalo es tener en nuestra vida a mujeres mayores de setenta años sinceras, francas y físicamente sanas. Ellas nos dan esperanza, valor y orientación para el camino que nos aguarda.

En cuanto cultura, hemos estado demasiado tiempo sin esas mujeres poderosas, sinceras y sabias de antaño, demasiado tiempo sin las imágenes de su belleza, poder y fuerza. Démosles la bienvenida a su regreso. Ya sea que conozcas o no a alguna de ellas en estos momentos, recuerda que están dentro de cada una de nosotras, esperando a nacer por medio de la iniciación de la menopausia.

Tercera parte

Opciones para sanar: Cómo hacerse un plan personal

Comprometerse en el proceso de crear salud en todos los aspectos de la propia vida lleva en sí un poder inherente. Cuando la persona se compromete a sanar su vida, ve cómo le llega orientación e información de muchas y diferentes fuentes. El compromiso hace participar la voluntad, es decir, el poder de sostener y dirigir el pensamiento hacia su manifestación física deseada. Comprometerse a sanar supone dos pasos: el primero es admitir que es necesario sanar, y el segundo es abrirse a la información que uno comienza a atraerse con el compromiso.

Goethe lo expresa mejor:

> Mientras uno no se compromete, hay vacilación, la posibilidad de echarse atrás, y siempre ineficacia. En todos los actos de iniciativa [y creación] hay una verdad elemental cuya ignorancia mata incontables ideas y planes espléndidos: en el momento en que uno se compromete categóricamente, interviene también la Providencia. Ocurren todo tipo de cosas útiles que de otro modo jamás habrían sucedido. De la decisión mana un torrente de acontecimientos que hacen surgir en favor de uno todo tipo de sucesos, encuentros y asistencia material imprevistos, que ningún hombre [ni mujer] habría soñado con encontrarse en su camino. Sea lo que sea que puedas hacer o soñar que puedes hacer, comiénzalo. La osadía posee genialidad, poder y magia. Comiénzalo ahora.

Resolver problemas, ya sea con fármacos, cirugía o hierbas, es totalmente diferente de crear salud. Crear salud exige un cambio de modelo, o un cambio de sistema, hacia una nueva forma de pensar y ser en relación con nuestro cuerpo, nuestra mente, nuestro espíritu y nuestra conexión con el Universo. Muy pocas personas mantienen o recuperan la salud y la integridad mientras no hacen este cambio.

Crear salud significa aceptar que en la vida de toda persona hay acontecimientos que no se pueden explicar ni cambiar, y al mismo tiempo comprender que cada uno de nosotros interviene en su estado de salud mediante la elección de relaciones, pensamientos, alimentos y actividades que nos sostengan y nutran totalmente. Crear salud también se basa en la siguiente verdad eterna: agradecer, sentir y dejar marchar la rabia, el sentimiento de culpabilidad, las pérdidas, la ira y la aflicción es la clave de toda sanación. En los siguientes capítulos encontrarás ideas, ejemplos y programas de sanación para el cuerpo, la mente y el espíritu, que han ayudado a muchas mujeres en su viaje hacia la salud

15
Pasos para sanar

Los pasos que presento en este capítulo han resultado útiles a las mujeres que desean sintonizar más profundamente con la orientación interior de su cuerpo, su mente y su espíritu. Estudiando atentamente este capítulo, practicarás la medicina preventiva en su mejor forma, estés o no estés actualmente en tratamiento para algo. Te recomiendo que lleves un diario para escribir tus reacciones a estos pasos y anotar toda la información que encuentres aplicable a ti. Esto te proporcionará una imagen real de la situación en que estás ahora. También te recomiendo repetir este proceso cada pocos meses para ver hasta dónde has llegado. Será una afirmación de tu sabiduría interior.

Imaginar el futuro: Cambio de conciencia, cambio de células

Durante años les he dicho a mis pacientes que comenzaran su viaje de salud explorando su pasado para encontrar las pistas de cómo se habían estado creando su situación actual. Pero resulta que, no hace mucho, tuve una conversación telefónica con Ti Caine, un hipnoterapeuta que ayuda a sus clientes a sanar en parte el pasado instándolos y enseñándoles a soñar con su futuro. Él me recordó algo muy poderoso que yo ya sabía y había experimentado repetidamente: en realidad, es nuestra visión del futuro y nuestra esperanza lo que nos sana y nos hace avanzar. Nuestras células se van reemplazando a sí mismas cada día, y cada siete años nos creamos todo un cuerpo nuevo. Por lo tanto, no es correcto decir que tenemos el pasado encerrado en el cuerpo, aunque a veces da esa impresión.

Lo que ocurre en realidad es que la conciencia que crea las células suele estar encerrada en el pasado, y entonces esa conciencia continúa recreando las mismas viejas pautas del pasado. Pero si logramos cambiar la conciencia que crea nuestras células, entonces estas y nuestra vida mejoran automáticamente, porque la salud y la alegría son nuestro estado natural. La manera más fácil y rápida de hacer esto es imaginarse el yo futuro con todos los detalles posibles. Hacerlo te ayudará en cualquier proceso sanador en que estés ahora. Así pues, antes de sumergirte en los pasos que enumero aquí, invita a tu visión futura a que te acompañe en el viaje.

Si tuvieras una salud óptima, ¿cómo sería tu vida?

Esta pregunta la puedes contestar en forma de ejercicio, con una persona amiga que te ayude y apoye totalmente; escribiendo, sin preocuparte de la redacción ni la ortografía; o en voz alta, para ti misma, mirándote en un espejo.

Contesta a las siguientes preguntas (que tu amiga te haga las preguntas una a una, o escribe durante tres a cinco minutos sin parar, o háblale a tu imagen en el espejo): si cualquier cosa fuera posible, de modo rápido y fácil, y ahora mismo, ¿cómo sería tu vida? ¿Qué personas estarían en ella? ¿Qué estarías haciendo? ¿Dónde estarías viviendo? ¿Cómo te sentirías? ¿Qué aspecto tendrías? ¿Cuánto dinero estarías ganando?

No pienses las preguntas antes de contestar. Imagínate que eres una niña y estás creando tu vida exactamente como la deseas, sin restricciones. ¿Cómo sería? Tu guía interior sabe exactamente cuáles son los deseos de tu corazón. Cuando abras la boca y quites los frenos, y te saques de la cabeza a la jueza durante un minuto, se presentará tu guía interior con las respuestas correctas.

Si necesitas ayuda para ponerte en marcha, imagínate en la época en que tenías once años. ¿Qué te gustaba hacer? ¿Quién eras? ¿Quién pensabas que serías? Imagínate ahora, diciéndole al mundo quién eres y en quién te vas a convertir, sin restricciones. Háblale a tu imagen en el espejo; cuéntaselo a una amiga o al viento. Ahora llama a esa niña de once años, porque tiene algo que decirte. Llévala contigo hacia tu futuro y déjala que sea todo lo que soñaba que sería.

Una vez que hayas terminado la primera parte del ejercicio, imagínate que ha transcurrido un año. Has logrado crearte todo lo que deseabas y más. Todo lo que soñabas que podía hacerse realidad, ahora lo es. Estás celebrando y rememorando este año fenomenal. Lo has creado todo casi por arte de magia, mediante el poder de conectar con tu guía interior y tu sabiduría. Después de sentir plenamente esta escena, cuéntale con detalles a tu amiga (o a tu diario, o a tu imagen en el espejo) todo lo que has creado, dile lo entusiasmada y contenta que estás e invítala a celebrarlo contigo. Continúa hablando unos dos o tres minutos, sin censura. Déjalo salir todo, como una niña que juega a imaginar.[1]

Este ejercicio es extraordinariamente sencillo y poderoso. Parte del motivo es que el pensamiento enfocado es el que crea la realidad que nos rodea. Se ha dicho que si uno logra sostener un pensamiento o un sentimiento durante 17 segundos como mínimo, sin introducir ninguna idea o emoción contradictoria, verá la manifestación de ese pensamiento a su alrededor, en el mundo físico. Esto lo he experimentado repetidamente. Es un ejercicio tan agradable y divertido que es fácil llegar a los 17 segundos y sobrepasarlos.[2] Puedes cambiar los intervalos de tiempo, soñando con tu yo futuro dentro de una semana, o un año, e incluso imaginarte al final de tu vida. En cada caso, haz que tu yo futuro mire hacia atrás y vea todo lo que has realizado y sanado. Es muy estimulante y te va a conectar con quien eres realmente. Recomiendo repetir esta experiencia al menos cuatro veces al año.

Ahora, a medida que vayas leyendo esta sección, trae a tu yo futuro contigo. Llámalo y permite que su sabiduría y su alegría te ayuden a explorar tu pasado. Él y tu sabiduría interior estarán siempre disponibles para ti. No tienes por qué hacer esto sola.

Paso 1: Tener clara la propia historia

> Sólo has de recuperar los acontecimientos de tu vida para hacerte tuya. Cuando de verdad posees todo lo que has sido y hecho, lo cual puede llevar algún tiempo, la realidad te hace fuerte.
>
> FLORIDA SCOTT-MAXWELL

Es útil para toda mujer tener claro su historial médico, social y familiar. En Women to Women, nuestras pacientes llenan un extenso cuestionario que cubre no sólo su historial médico, sino también el familiar y un «perfil de vida cotidiana» en el que revisan los efectos que tienen en su salud su situación en la vida, su trabajo, sus relaciones y otros factores (véase más adelante págs. 636-642). A muchas les ocurre que al tomarse el tiempo necesario para reunir y escribir toda esa información, toman conciencia de cosas y comportamientos que no habían notado antes. Una mujer me comentó: «Hasta llenar este formulario nunca había caído en la cuenta de la cantidad de alcoholismo que había en mi familia. Tampoco me había dado cuenta de que el mioma uterino me comenzó a crecer justo después de hacerme ese segundo aborto». Llenando el cuestionario, algunas comprenden la importancia de que casi a todas las mujeres de su familia les hayan hecho una histerectomía antes de los 50 años, lo cual ha generado en torno al útero una especie de profecía familiar que lleva en sí su cumplimiento.

Dado que trastornos como el alcoholismo y la depresión suelen negarse dentro del sistema familiar, el cuestionario contiene preguntas concretas acerca de estas cosas. Con él también recogemos información sobre hábitos y trastornos a los que las pacientes tienden a restar importancia («En realidad no soy alcohólica, sólo soy una empedernida bebedora social»). Con frecuencia se niega también el impacto emocional de una experiencia, como por ejemplo la muerte prematura de un progenitor, o la pérdida de una relación o de un amado animalito doméstico. Esto también suele salir a luz al llenar el formulario.

Lois es una mujer de 43 años que tuvo cáncer de cuello del útero y endometriosis pelviana a edad temprana. No hace mucho tiempo me comentó: «Hace cinco años yo era una esposa maltratada, hasta que finalmente puse fin a ese matrimonio; después mi hija tuvo un accidente de coche y me ocupé de cuidarla varios meses. Luego, este verano fui yo quien tuvo un accidente de coche y sufrí una grave lesión en las cervicales. Me parece que tengo deseos de llorar, pero vivo tragándomelos, aunque cada vez me resulta más difícil. ¿Se debe eso a la menopausia prematura?».

Al ayudarla a contestar su formulario, me fue fácil ver que en los últimos diez años había pasado por una importante cantidad de cambios y pérdidas, con los que había tratado de arreglárselas manteniéndolo todo en orden en su casa, yendo a trabajar cada día y aparentando alegría. Reconoció que se le estaba haciendo más difícil tener la casa en orden y que, aunque en esos momentos no estaba pasando por ninguna crisis, seguía sintiéndose poco eficiente y muy emotiva. De hecho, ya le había desaparecido el dolor de espalda de-

bido al accidente, su hija estaba en la universidad y a ella le iba bastante bien en el trabajo. Lo que comprendió fue que tenía que reconocer las pérdidas que no había lamentado y llorado, y darse para eso el tiempo y el espacio necesarios.

Lo que estaba experimentando era lo que yo llamo «desmoronarse para avanzar». Necesitaba sentir sus sentimientos. Se tomó una semana libre del trabajo y la familia y se fue a una pequeña pensión en el campo.

Se pasó la mayor parte de la semana en bata y zapatillas, leyendo, llorando y tomando té con la señora que llevaba el establecimiento, y reconectando gradualmente con las partes de sí misma y los sentimientos que había negado durante tanto tiempo. La siguiente vez que la vi, parecía tener quince años menos. Me dijo: «Ahora sé que esos sentimientos de que usted me habló no surgen cuando una quiere. Vienen cuando vienen. He necesitado tres o cuatro días de silencio y soledad para poder llorar de verdad. Pero también he comprendido que puedo alejarme cuando lo necesito para hacer eso sola. Mi relación con mi marido [se había vuelto a casar] y mi hija es mejor que nunca. Ahora sé que cuando cuido de mí, todo lo demás cuida de sí mismo».

Women to Women

Historial de salud (confidencial)

INFORMACIÓN GENERAL* Fecha:..................

Nombre:..
APELLIDOS NOMBRE

Edad:..................... Fecha nacimiento:...

Dirección:...
CALLE O PLAZA CÓDIGO POSTAL POBLACIÓN

Dirección postal (si es diferente de la anterior):...................................

Teléfono casa: .... Teléfono trabajo:.................................

Ocupación:................. Empresa:................. Dirección:.................

Situación laboral: ❒ Jornada completa ❒ Jornada parcial

❒ Estudiante ❒ Jubilada ❒ Sin trabajo ❒ Otra.............................

Situación residencial: ❒ Sola ❒ Amiga(s) ❒ Compañero/a

❒ Cónyuge ❒ Padres Número de hijos: ....

Nombres y edades de las personas que viven con usted: ....

....

Animales domésticos: ....

Estado civil: ❒ Soltera ❒ Casada ❒ Divorciada ❒ Viuda

Nombre del Compañero/Cónyuge/Progenitor:..................................
MÁRQUELO CON UN CÍRCULO

Ocupación: ....

En caso de urgencia, notificar a: ....Tel.: ....

Preferencia religiosa/espiritual:..

Estudios: ....

Supo sobre Women to Women por: ❒ Guía telefónica

❒ Anuncio .... Otra paciente ....

❒ Curso/Seminario dado por .... Médico/Profesional ....

Artículos escritos por o que remiten a......... Otros ....

MOTIVO DE ESTA VISITA:

....

....

....

....

* En «Información General» eliminamos los datos correspondientes a seguros médicos, que son muy particulares de Estados Unidos y no tienen que ver con la salud propiamente dicha. *(N. del E.)*

ALERGIAS

Alergia a medicamentos (penicilina, etc.): ....

Alergias a alimentos, polen, etc.: ....

SITUACIÓN MÉDICA

Salud general: ❐ Excelente ❐ Buena ❐ Regular ❐ Mala

Medicaciones (vitaminas, prescripciones u otras): ....

....

¿Se ha hecho algún control del nivel de colesterol? ....

Fecha(s).................................. Resultados..

¿Se ha hecho alguna mamografía? ....

Fecha(s).................................. Resultados..

¿Se autoexamina las mamas? ....

HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES

Fechas	Hospital	Diagnóstico/Operación	Médico

EMBARAZOS (incluya los abortos, espontáneos y provocados)

Fechas	Tiempo de embarazo	Sexo	Peso	Problemas

MÉDICOS ACTUALES/RECIENTES

Nombre	Fechas	Atención prestada

¿Algún médico le ha pedido que vuelva a visitarla tras su visita aquí? .... Si la respuesta es sí, nombre: ....

Dirección: ....

OTROS PROBLEMAS MÉDICOS DEL PASADO

Enfermedades de la infancia: ❒ Rubéola ❒ Varicela ❒ Otras: ....
❒ Problemas cardiacos: .... ❒ Hipertensión ❒ Accidente cerebrovascular ❒ Várices ❒ Flebitis ❒ Defectos de coagulación ❒ Tendencia a hemorragias ❒ Transfusión de sangre ❒ Diabetes ❒ Problemas renales ❒ Fiebre reumática ❒ Ictericia/Hepatitis ❒ Epilepsia ❒ Fracturas ❒ Cáncer ❒ Artritis ❒ Colitis ❒ Asma ❒ Fatiga crónica / Epstein Barr ❒ Trastorno de la alimentación
Otros: ....

HÁBITOS

Preferencias/restricciones dietéticas: ....
Ejemplo de un menú diario: ....
Desayuno: ....
Comida: ....
Cena: ....
Ejercicio físico de rutina: Tipo de ejercicio ....
¿Durante cuántos minutos? .... ¿Con qué frecuencia? ....
Consumo de tabaco (cuánto): .... ¿Anteriormente? ....
¿Cuánto? .... ¿Durante cuanto tiempo? ....
Consumo de alcohol (cuánto): .... ¿Con qué frecuencia? ....
Consumo de cafeína (cuánta): ....
Consumo de substancias que alteran el ánimo (p. ej. marihuana, cocaína) antes y ahora: ....

ESTRÉS

Tipos de estrés (en la familia, en el trabajo, consigo misma, etc.): ....
....

HISTORIAL FAMILIAR

Familiar	¿Vivo?	¿Edad?	**Enfermedades importantes**	**Causa de muerte y edad**
			Alcoholismo, hipertensión, cáncer, diabetes, enfermedad cardiaca, osteoporosis, otra adicción, otra enfermedad	
Madre				
Padre				

Hermana(s) ....
Hermano(s) ....
Abuela materna...
Abuela paterna..
Abuelo materno...
Abuelo paterno ....
Tía(s) paterna(s) ....
Tía(s) materna(s) ....
Tío(s) materno(s) ....
Tío(s) paterno(s) ....

HISTORIAL GINECOLÓGICO

Fecha comienzo última regla: .... Fecha último examen pelviano: ....
Fecha comienzo regla anterior:.......... Resultados de la última citología:........
Edad de la primera regla:.................... ¿Fueron normales los exámenes? ....
¿Ha tenido alguna citología anormal?................ Cuándo:...................
Resultados: ....
Tratamiento: ....
¿Es activa sexualmente?.................. ¿Tiene relaciones sexuales?...........
¿Se protege en el acto sexual? ....
¿Está tratando de quedarse embarazada?.......... ¿Cuánto hace? ....
Actual método anticonceptivo .... ¿Cuánto tiempo?..........
Problemas con ese método: ....
Métodos anticonceptivos anteriores: ....
Normalmente (no con píldoras), número de días entre el comienzo de una regla hasta el comienzo de la siguiente: ....
Número de días de flujo menstrual: ....
Cantidad de flujo: .... Cantidad de dolor/espasmos: ....
Síntomas premenstruales: ....
¿Qué día comienzan?...
¿Algún cambio actual en su ciclo normal? ....
¿Alguna pérdida de sangre entre reglas? .... ¿Cuándo?...................
¿Algún dolor, presión o hinchazón pelvianos?............ ¿Cuándo? ....
Descríbalo: ....
¿Algún flujo o picor vaginal no habitual?.......... Descríbalo: ....
¿Durante cuánto tiempo?................. Tratamientos anteriores: ....
¿Algún problema o preocupación sexual que comentar? ....
¿Alguna infección de trompas anterior?..
¿Alguna enfermedad de transmisión sexual anterior?..........................

¿Alguna exposición al DES? (el DES o dietilestilbestrol fue un fármaco que tomaron muchas embarazadas para prevenir el aborto espontáneo) ....

Otros: ....

HISTORIAL DE LOS DEMÁS ÓRGANOS O SISTEMAS

Marque cualquier síntoma de importancia **actual.** (Si hay algún problema anterior, márquelo por favor en «Otros problemas médicos del pasado».)

SÍNTOMAS FÍSICOS GENERALES

❒ Fiebre o escalofríos ❒ Sofocos ❒ Crecimiento de vello no habitual ❒ Erupciones en la piel ❒ Cambio de peso

ABDOMEN

❒ Hinchazón ❒ Acedía, indigestión ❒ Espasmos o dolor
❒ Náuseas o vómitos ❒ Cambio en hábitos de evacuación
❒ Heces sanguinolentas o alquitranadas ❒ Diarrea ❒ Estreñimiento
❒ Hemorroides ❒ Flatulencia

CABEZA

❒ Dolores de cabeza ❒ Mareos ❒ Defectos visuales
❒ Defectos auditivos ❒ Problemas en los senos nasales
❒ Desmayos

VEJIGA

❒ Micciones frecuentes ❒ Micción dolorosa ❒ Sangre en la orina
❒ Incapacidad de retener la orina ❒ Incapacidad de vaciar la vejiga
❒ Necesidad de levantarse a orinar por la noche

PECHO

❒ Dolor de pecho ❒ Respiración difícil ❒ Murmullo en el corazón
❒ Prolapso de la válvula mitral ❒ Palpitaciones ❒ Tos crónica
❒ Tos con sangre ❒ Respiración sibilante o asmática

MAMAS

❒ Bultos ❒ Emisión de sangre ❒ Emisión de flujo
❒ Sensibilidad/dolor

COMENTARIOS U OTROS PROBLEMAS: ....
....

PERFIL DE VIDA DIARIA

Por favor, lea cada una de las afirmaciones siguientes, relativas a su vida actual en casa y en el trabajo, y frente a cada afirmación indique si describe o no parte de su vida actual poniendo una X en la casilla correspondiente a «Sí» o «No». Este cuestionario tiene la finalidad de

aumentar su conciencia de los efectos de su estilo de vida y sus tensiones en su bienestar físico.

TENSIONES EN EL BARRIO

1. Mi barrio es demasiado ruidoso ❒ Sí ❒ No
2. Mi barrio está demasiado poblado ❒ Sí ❒ No
3. Mi barrio es demasiado silencioso ❒ Sí ❒ No
4. No tengo suficientes amistades/vecinos ❒ Sí ❒ No
5. Es un barrio peligroso para vivir ❒ Sí ❒ No
6. Me irrita tener tanto trabajo doméstico ❒ Sí ❒ No
7. El clima de aquí me fastidia ❒ Sí ❒ No
8. Soy nueva en esta zona ❒ Sí ❒ No
9. Otros problemas con el vecindario ❒ Sí ❒ No

En caso afirmativo, describa el problema: ....

....

TENSIONES FAMILIARES

10. Estoy recién casada ❒ Sí ❒ No
11. Hace poco me divorcié o me separé ❒ Sí ❒ No
12. Me he mudado de casa o estoy planeando hacerlo ❒ Sí ❒ No
13. Paso demasiado tiempo sola en casa ❒ Sí ❒ No
14. Me preocupa mi relación con mi pareja ❒ Sí ❒ No
15. Me preocupa mi relación con otro familiar (padre, madre, hijo, hija, hermano, hermana) ❒ Sí ❒ No
16. Pienso que fui criada en un ambiente disfuncional ❒ Sí ❒ No
17. Hay un nuevo bebé en nuestra familia ❒ Sí ❒ No
18. Yo o uno de mis familiares tiene problemas legales ❒ Sí ❒ No
19. Hace poco murió un familiar o una persona muy amiga ❒ Sí ❒ No
20. Hay una enfermedad grave en mi familia ❒ Sí ❒ No
21. Estoy preocupada por uno de mis familiares ❒ Sí ❒ No
22. Una persona muy próxima a mí bebe demasiado ❒ Sí ❒ No
23. Uno de mis hijos se ha ido de casa hace poco ❒ Sí ❒ No
24. Mi pareja acaba de jubilarse ❒ Sí ❒ No
25. Otras preocupaciones relativas al hogar o la familia: ....

    ....

TENSIONES EN EL TRABAJO

26. Me aburre el trabajo que hago ❒ Sí ❒ No

27. Me exigen demasiado .... ❐ Sí ❐ No
28. Tengo muy poco control sobre mi trabajo.................. ❐ Sí ❐ No
29. No estoy satisfecha con el trabajo que hago .... ❐ Sí ❐ No
30. Suelo sentirme abrumada por mis responsabilidades.. ❐ Sí ❐ No
31. No tengo tiempo suficiente para acabar mi trabajo .... ❐ Sí ❐ No
32. Acabo de empezar en un nuevo trabajo .... ❐ Sí ❐ No
33. Acabo de perder mi trabajo .... ❐ Sí ❐ No
34. No me llevo bien con mi jefe o mis empleados .... ❐ Sí ❐ No
35. Tengo problemas con mis compañeros de trabajo ...... ❐ Sí ❐ No
36. Otros problemas relacionados con el trabajo (descríbalos):...........
....

TENSIONES PERSONALES

37. Me preocupo muchísimo por el dinero .... ❐ Sí ❐ No
38. Me siento sola .... ❐ Sí ❐ No
39. Estoy aburrida de mi vida.. ❐ Sí ❐ No
40. Generalmente estoy preocupada por mi salud .... ❐ Sí ❐ No
41. Pienso mucho en la muerte.. ❐ Sí ❐ No
42. Me preocupan ciertas cosas de mi religión.................. ❐ Sí ❐ No
43. Otros problemas o preocupaciones personales (descríbalos):.........
....

EFECTOS DEL ESTRÉS

44. Tengo dificultades para conciliar el sueño................... ❐ Sí ❐ No
45. Tengo dificultades para continuar durmiendo............ ❐ Sí ❐ No
46. Tengo dificultades para mantenerme despierta............ ❐ Sí ❐ No
47. Al despertar por la mañana me siento cansada .... ❐ Sí ❐ No
48. Me siento nerviosa la mayor parte del tiempo............ ❐ Sí ❐ No

49. Con frecuencia me siento deprimida .... ❒ Sí ❒ No
50. Me preocupo muchísimo .... ❒ Sí ❒ No
51. Enfermo con frecuencia .... ❒ Sí ❒ No
52. He pensado en suicidarme .... ❒ Sí ❒ No
53. Tengo algunos problemas sexuales .... ❒ Sí ❒ No
54. A veces me siento débil o mareada .... ❒ Sí ❒ No
55. Suelo tener dolor de hombros, cuello o espalda .... ❒ Sí ❒ No
56. Con frecuencia siento deseos de llorar .... ❒ Sí ❒ No
57. Bebo demasiado café .... ❒ Sí ❒ No
58. Fumo demasiado .... ❒ Sí ❒ No
59. Suelo beber demasiado alcohol .... ❒ Sí ❒ No
60. Como más que antes .... ❒ Sí ❒ No
61. Como mucho menos que antes .... ❒ Sí ❒ No
62. Estoy preocupada por mi peso .... ❒ Sí ❒ No
63. Me irrito o me enfado más que antes .... ❒ Sí ❒ No
64. Creo que me iría bien una terapia .... ❒ Sí ❒ No
65. Otros problemas o preocupaciones (descríbalos): ....
....
66. ¿Hay algún asunto personal que desee comentar
únicamente con su médico? .... ❒ Sí ❒ No

Por favor, use este espacio para añadir cualquier otra información sobre sí misma que crea que puede sernos útil: ....
....

Por último, haga el favor de rodear con un círculo las afirmaciones o problemas que le preocupan muchísimo.

GRACIAS

© 1991

Paso 2: Revisar las creencias

Hazte el propósito de dedicar un tiempo a contestar a la siguiente serie de preguntas. Tal vez te iría bien hacerlo con una amiga, o con un grupo. Tus respuestas serán un excelente comienzo de un diario que puedes ir poniendo al día con regularidad, a medida que te lleguen intuiciones y percepciones. Escribir las respuestas es en sí mismo muy importante porque implica dedicar tiempo y energía a la creación de salud. Aprenderás muchísimo acerca de ti misma y de tu relación con tu cuerpo.

Nota: *Este cuidado de la salud no te va a costar ni un céntimo.*

¿ Te das cuenta de cómo las actitudes culturales heredadas con respecto a nuestros procesos fisiológicos femeninos han contribuido a las enfermedades que sufre nuestro cuerpo? ¿Cuáles son las actitudes de que tienes conciencia? ¿Qué pensamientos te surgen cuando oyes las palabras menstruación, parto, vagina, menopausia, *etcétera?*

Si, por ejemplo, has crecido creyendo que la regla es «la maldición», es muy probable que tu actitud hacia tu fisiología femenina no sea nada óptima.

¿Hasta qué punto has interiorizado la programación cultural negativa sobre el cuerpo femenino?

Una de mis pacientes entró en la menopausia después de someterse a una quimioterapia para la enfermedad de Hodgkin a los 27 años. Durante unos años siguió el tratamiento sustitutivo de estrógeno, y finalmente lo dejó porque, según me explicó, «la idea de volver a tener reglas me resulta

escalofriante y repugnante». Yo encontré igualmente escalofriante esa expresión de repugnancia y lo que dice sobre su actitud hacia su cuerpo, pero eso es algo muy común.

¿Crees que puedes estar sana?

Las mujeres que se crían en hogares donde la norma es ir al médico con el fin de que les recete píldoras para dormir, para la ansiedad, para el dolor de cabeza y para el resfriado, suelen interiorizar la idea de que lo normal es que el cuerpo humano sufra todo tipo de enfermedades, y que hay una píldora para cada dolencia. Para algunas personas, tener mala salud es la norma; les resulta inconcebible la posibilidad de un cuerpo sano que no sea vulnerable a todos los gérmenes presentes en el entorno.

¿Qué problemas o dificultades tuviste en tu infancia ?

¿Has hecho una revisión de tus experiencias de la infancia para ver de qué modo pueden haber contribuido a tus percepciones y experiencias actuales? Una historia de incesto, la enfermedad crónica de un progenitor, y las pérdidas no resueltas, como un divorcio en la familia o el abandono de uno de los padres, son circunstancias comunes en la infancia que, si no se resuelven, pueden disponer el escenario para problemas posteriores de dinámica similar. Son muchas las mujeres a quienes su padre abandonó cuando eran niñas y no volvió jamás. Otras mujeres no han hablado nunca sinceramente sobre la muerte de un progenitor. Si bien el efecto de esos acontecimientos es tan variable como nuestras huellas digitales, siempre hay un efecto. Nuestra forma de nombrar, expresar y liberar las emociones que rodearon esas pérdidas puede ser un factor importante en nuestra salud física. Recuerda que esta información está directamente relacionada con la salud de nuestros tres primeros chakras.

Una de mis pacientes, por ejemplo, comenzó a tener ataques de pánico y fuertes síntomas premenstruales alrededor de los 40 años, varios meses después de que a su padre le diagnosticaran un cáncer de intestino; su madre había muerto súbitamente por una reacción alérgica a la penicilina cuando ella sólo tenía cuatro años. Sin darle ninguna explicación, la enviaron a vivir con una tía y nunca le permitieron hablar de la muerte de su madre ni lamentar su pérdida. Cuenta que jamás le dijeron lo que le había ocurrido a su madre, que nadie lloró y que ella se hizo la idea de que no debía hablar nunca de eso. Al verse enfrentada a la posible pérdida de su padre, todas esas emociones que mantenía enterradas desde hacía tanto tiempo comenzaron a aflorar a la superficie, con la esperanza de ser expresadas y liberadas de una manera sana esta vez.

¿A qué finalidad sirve tu enfermedad? ¿ Qué significa la enfermedad para ti?

Una mujer de 42 años, en recuperación de un accidente de coche, me dijo que no le cabía duda de que, antes del accidente, su vida iba a un ritmo demasiado acelerado. Para prestar atención a sus necesidades, literalmente tuvo que verse obligada a estar en cama mirando el techo durante varios meses. Considera el accidente un punto decisivo muy positivo en su vida. Leslie Kussman, una cineasta que tiene esclerosis múltiple, me contó que durante una de sus meditaciones matutinas se le ocurrió que tal vez necesitamos cambiar la pregunta «¿A qué finalidad sirve tu enfermedad?» por «¿Cuál es la enfermedad que va a servir a tu finalidad?».3 *La enfermedad suele ser la única forma de meditación aceptable socialmente en Occidente.* Nuestra sociedad está establecida de tal forma que está mal visto echar una cabezada o meditar a mitad del día para recargar baterías y renovarnos, por considerarse hedonista o irresponsable, pero en cambio enfermar de gripe es una forma de descansar aceptada.

Sin juzgarte ni culparte, piensa en la última vez que tuviste que faltar al trabajo porque estabas enferma. ¿Fue esa enfermedad un satisfactorio descanso de tu rutina? ¿Qué obtuviste de ella? ¿Qué aprendiste? ¿Ves alguna manera de obtener el mismo descanso sin enfermar? Una joven médica enfermó de cáncer de mama cuando estaba embarazada de su tercer hijo. A consecuencia de la enfermedad, cambió su dieta, su horario de trabajo y su vida. Dos años después me dijo: «Mi vida jamás ha sido mejor. Cada día es una dicha. Me alegro de haber tenido cáncer. Me salvó la vida».

Si sólo te quedaran seis meses de vida, ¿seguirías en tu actual trabajo o con tu actual pareja? ¿Necesitarías una enfermedad grave para comenzar a hacer cambios beneficiosos ahora?

¿Estás dispuesta a ser receptiva a cualquier mensaje que tengan para ti tus síntomas o tu enfermedad?

Antes de comenzar a trabajar en esta pregunta, observa por favor que la disposición a estar receptiva al mensaje es totalmente diferente de la necesidad de controlar y conocer exactamente el significado de una enfermedad, sobre todo cuando está ocurriendo. Lo primero va asociado con la sanación; lo otro es simplemente manipularse, y forma parte de nuestra ilusión de dominio. Como dicen en los programas de Doce Pasos: «Buscar los porqués es morir». Estar receptiva al significado quiere decir permitir que la enfermedad nos hable, muchas veces por medio del lenguaje de las emociones, las imágenes y el dolor. Es muy posible que después de pasada la enfermedad llegue la comprensión intelectual.

En los años ochenta, cuando nuestra cultura estaba aprendiendo sobre la conexión mente-cuerpo, la gente preguntaba cosas de este tipo: «¿Por qué necesita uno crearse un cáncer?», como si el intelecto pudiera responder a eso mediante el pensamiento causa-efecto. Estas preguntas adictivas hacen dar vueltas en círculos al intelecto, y pueden conducir a la «adicción» a pensar. Estar receptiva al significado es una actitud, un proceso; es un «esperar con», no un «esperar a».

¿Cuál es tu reacción habitual ante una enfermedad?

Aprender el significado que se oculta en una enfermedad es un proceso que no se presta a preguntas como: «¿Por qué yo? ¿Por qué ahora?». Evy McDonald escribe: «No te dejes atrapar en la maraña de los porqués. La búsqueda de la explicación y el significado de la enfermedad puede llevar a la frustración y la desesperación, y paralizar la capacidad de tomar decisiones y ponerse en acción».

En el tiempo de los antiguos griegos, se enviaba un mensajero al general con las noticias de la batalla. Si la noticia era mala, mataban al mensajero. Nuestra tarea no es matar al mensajero de la enfermedad no haciendo caso de ella, quejándonos o sencillamente suprimiendo los síntomas. Nuestra tarea es examinar atentamente nuestra vida, con compasión y sinceridad, a la vez que cultivamos la objetividad, que simplemente significa querernos y cuidarnos profundamente desde un lugar objetivo. Desde ese lugar identifica aquellos aspectos de tu vida que necesitan armonía, satisfacción y amor.

¿Qué te impide sanar?

«Esperar con» esta pregunta es una buena meditación. No esperes que aparezca inmediatamente una respuesta, aunque a veces sí ocurre eso. En los años ochenta me preguntaba una y otra vez qué cambios necesitaba en mi vida y qué debía hacer a continuación. La respuesta que me llegaba era muy sencilla: Descansa. Estás quemada. Obrar de acuerdo con esa percepción me llevó más de un año. ¿Por qué? Pues porque en ese tiempo creía sinceramente que un buen descanso era incompatible con el trabajo que había elegido. Era, y siempre es, un proceso.

Algunas personas no sanan jamás, porque creen que si sanaran se quedarían solas y abandonadas. En esta cultura, estar enferma es un modo muy eficaz para satisfacer legítimamente nuestras necesidades. Decirle a alguien: «Abrázame, por favor, me siento enferma» es muy distinto de decirle: «Abrázame, por favor, quiero que me abracen porque es muy agradable y me gusta». La primera frase aprovecha la enfermedad para justificar la necesidad humana y universal de cariño e intimidad. La segunda simplemente expresa la necesidad con claridad. Muchas no sabemos qué sería la intimidad sin usar nuestras heridas para obtenerla; se nos ha educado para avergonzarnos de nuestras necesidades, y a edad muy temprana aprendemos a vincularnos con los demás por medio de nuestras heridas.

Durante mis prácticas como residente, me sentí muy orgullosa de lo bien que había llevado la atención a una determinada mujer, y decidí comentárselo a una enfermera que conocía bien a esa paciente y podría celebrarlo conmigo. Cuando se lo dije, ella me contestó: «No te rompas el brazo dándote palmaditas en la espalda». Me quedé atónita. Mi única intención había sido expresar la natural necesidad humana de comentar mi éxito con una compañera que comprendería lo que suponía. Durante mis años de crecimiento, mis padres siempre pensaron que cada uno de sus hijos necesitaba su «lugar bajo el sol». Nos reconocían nuestros talentos y consecuciones, y nosotros nos sentíamos a gusto con nosotros mismos y entre nosotros cuando estas cosas se comentaban. Pero mi compañera enfermera ciertamente había aprendido que «no está bien alardear de los propios éxitos». Con frecuencia, la única vez que se dicen cosas buenas de la vida de otra persona es durante sus funerales. Eso es trágico. Todos necesitamos reconocer que por muy fuertes, independientes y sanos que seamos, siempre vamos a necesitar a los demás, para que nos acompañen, para celebrar la vida y para vivir dichosos.

¿Sigues ocupándote de los problemas de todos los demás y dejando para el final los tuyos?

Este es el clásico dilema de las mujeres. Sentir la necesidad de ser la sanadora y pacificadora de toda la familia o del lugar de trabajo es un hábito que muchas aprendemos en la infancia. Para crear salud, la mujer ha de encarar esa tendencia y comprometerse a cambiarla.

He aquí un ejemplo. Cuando mis hijas tenían 10 y 12 años respectivamente, vivían quejándose de una de mis colegas que es muy buena amiga mía. Ella me ayudó en las investigaciones para este libro y fue una muy agradable compañía durante el proceso de escribirlo. Según mis hijas, mi amiga me ocupaba demasiado tiempo y yo no estaba disponible para ellas como habrían querido. Advertí, sin embargo, que cuando Ann y

Kate estaban jugando con sus amigas, leyendo o viviendo su propia vida, pasaban horas e incluso días enteros sin hacer caso de mí. Y durante los muchos días y horas que mi amiga no estaba conmigo, mis hijas iban y venían a su gusto, concentradas en sus necesidades. Si estaban haciendo otras cosas, no les interesaba particularmente mi compañía. Pero tan pronto como aparecía mi amiga, se interesaban muchísimo por mí.

Para resolver la situación, al principio me pasé varias horas escuchando sus quejas, concentrada en solventar solamente sus necesidades. Entonces caí en la cuenta de que, en un plano inconsciente, ellas suponían que yo no tenía ninguna necesidad de amistad, risas ni compañía, fuera de las suyas. Cuando comprendí esto, les hice saber con mucha claridad que yo también tenía necesidades individuales que eran tan importantes (no más importantes) como las suyas. Llegué a comprender que tenía que tener presentes mis necesidades tanto como las de mis hijas. Juntas comenzamos a trabajar en tomar conciencia de la forma en que ellas, inconscientemente, pensaban que yo no debía tener una vida separada de la suya, y la forma en que yo había sido socialmente condicionada para sacrificar mi vida por sus necesidades.

Cuando tuve clara esta situación y lo que era necesario que ocurriera, tuve un sueño en el que me regalaban una bomba de gasolina roja, estilo años cincuenta, que bombeaba leche. El nombre que llevaba pintado la bomba era «La Madre». Tenía que mantenerla refrigerada para que no se estropeara la leche. Yo pensaba y pensaba a quién le iba a dar la leche. Mi familia no la necesitaba, no bebemos leche. Cuando desperté, comprendí que la bomba me representaba a mí y que era hora de que abandonara un tipo obsoleto de maternidad (una bomba de gasolina de los cincuenta, que sólo podía servir a un coche, realizar un solo papel por vez).

¿ Comprendes totalmente el funcionamiento de tu cuerpo femenino y la estrecha conexión que hay entre tus pensamientos y sentimientos y tu salud física?

El cuerpo experimenta todos los pensamientos y sensaciones como una «realidad física». Cuando uno piensa en el sabor y el olor del chocolate, activa muchas de las reacciones físicas que se producen cuando come realmente chocolate. Nuestro cuerpo no es una estructura estática. La cantidad de luz del sol que brilla sobre nosotras en un día afecta a nuestra fisiología. La calidad de las relaciones que tenemos con los demás también.

Muchas mujeres no entienden no sólo la profunda influencia del entorno en el cuerpo, sino tampoco la anatomía básica de nuestro cuerpo. Muchas mujeres que se han operado no saben exactamente qué les sacaron ni qué les dejaron. Sin embargo, saber dónde tenemos los órganos es muy tranquilizador. Durante mis prácticas como residente, una vez realicé una apendicectomía de urgencia a una mujer. También fue necesario extirparle el útero y los ovarios, debido a una infección que ponía en peligro su vida. Varios días después me enteré de que ella creía que su apéndice era como un enorme melón y que le había quedado totalmente vacía la parte inferior del abdomen porque se lo habíamos extirpado. Le expliqué que, pese a la pérdida de sus órganos pelvianos, todavía tenía llena la parte inferior del abdomen, por los intestinos delgado y grueso; esta fue una información muy útil para ella en su recuperación, porque le sirvió para pensar que su pérdida era menos abrumadora. También fue útil enseñarle dibujos de su anatomía: se enteró de que el apéndice es más pequeño que el dedo meñique.

Una mujer me dijo: «¡Ah, de mi pelvis se cuida la Clínica Lahey!». En lugar de pensar que la Clínica Lahey es la responsable de su pelvis, le iría mucho mejor si asumiera ella esa responsabilidad.

Muchas mujeres se sienten mucho más tranquilas respecto a su cuerpo cuando tienen todos los datos en la mano, habiéndolos leído y entendido. En Women to Women se entregan copias de sus informes médicos a cualquier mujer que lo desee, entre ellos los resultados de los exámenes pelvianos, las citologías y las mamografías. Cuando es necesario, les desciframos el lenguaje médico, para que sepan exactamente cómo están las cosas. Animamos a todas las mujeres a tener copias personales de sus informes y resultados de otros centros de salud, sobre todo los de intervenciones quirúrgicas, para que sepan qué pasa dentro de su cuerpo, qué

les han extirpado y qué les queda. El hecho de tener copias de sus informes puede también hacer más fácil la atención de su salud en caso de viajes o si tienen que acudir a urgencias. Por otro lado, algunas mujeres no se sienten inclinadas a hacer esto si se sienten a gusto con la atención que reciben, y no tienen ningún problema para entregarse al cuidado de otras personas.

Como en muchos otros centros médicos, en Women to Women tenemos espejos en todas las salas de examen, para que las mujeres puedan verse el cuello del útero y observar, si lo desean, la toma de la muestra para la citología. Muchos médicos también les dan a las pacientes los vídeos de sus operaciones.

¿Sabes dónde están tus órganos? Si no, tal vez te convenga mirarlos en una enciclopedia o una guía anatómica estándar. Conoce tu cuerpo cuando está sano, no sólo cuando está enfermo.

¿Estás realizando la finalidad de tu vida?

Nuestro cuerpo está hecho para funcionar mejor cuando nos ocupamos en actividades y trabajos que son idóneos para nosotras, que nos hacen sentir a gusto. La salud mejora cuando la mujer realiza un trabajo muy creativo que la satisface a ella, en lugar de hacerlo solamente por complacer a su jefe, a su marido o a su madre. Este trabajo puede ser muchas cosas, desde ocuparse del jardín hasta programar ordenadores o hacer soldaduras.

Por desgracia, nuestra cultura no considera valiosa la creatividad en sí misma; para que una actividad se considere valiosa, debe ir unida a la productividad o a recompensas tangibles. Evaluamos el valor de una actividad según la cantidad de dinero que reporta. Para muchas personas, ir a trabajar es más «ganarse la muerte» que «ganarse la vida». Se suelen aguantar ambientes laborales muy insatisfactorios por los «beneficios». Yo a eso lo llamo «morir por los beneficios». La salud económica y ginecológica están estrechamente ligadas. El estrés económico afecta a la zona del segundo chakra (útero, ovarios, parte baja de la espalda). Creamos salud en esa zona cuando utilizamos nuestra capacidad para ser creativas y prósperas al mismo tiempo.

Ser a la vez creativa y próspera suele requerir, como primer paso, un cambio de actitud con respecto al dinero y el trabajo. Para hacer eso necesitamos comprender la dinámica del trabajo y el dinero, un campo dominado por los hombres desde hace mucho tiempo. Hemos de tener muy clara la predilección de nuestra cultura por el modelo de la escasez y cómo nos afecta eso. Por ejemplo, mucha gente cree: «Si a mí me va bien, otra persona tiene que sufrir. La cantidad de bienes es limitada». O viceversa: «Si a otra persona le va bien, entonces yo no tengo ninguna oportunidad de que me vaya bien también. No hay manera de salir adelante». Cada cual debe ver hasta qué punto tiene arraigadas estas creencias y en qué grado dominan su realidad económica mientras no decida cambiarlas.

Los medios de comunicación nos informan diariamente de cuántas personas están en paro y lo mal que está la economía. Esto nos afecta a todas, y es evidente que estamos en medio de un cambio económico importante. Al mismo tiempo, cada día veo a mujeres que han tenido un año más lucrativo que nunca usando sus dones y talentos. Cuando nos dejamos disuadir por los medios de comunicación y no explotamos el pozo de creatividad que tenemos dentro para que nos surjan ideas que nos sustenten y apoyen, cedemos nuestro poder y nos convertimos en parte del problema.

El trabajo de Joe Dominguez, ex analista de Wall Street y coautor con Vicki Robin del libro *Your Money or Your Life* [Tu dinero o tu vida], es un buen comienzo para examinar estas destructivas creencias y cambiarlas.[4] De Joe y Vicki he aprendido que el dinero es la substancia por la que canjeamos nuestra energía vital. Lo primero que hemos de hacer para sanar nuestra relación con el dinero es calcular cuántas horas de vida nos quedan, el total de nuestra energía vital; después, calcular cuánto nos cuesta nuestro trabajo en energía vital. Si trabajamos tantas horas que necesitamos vacaciones caras y enfermar con frecuencia para compensar la energía que nos chupa el trabajo, bien podría ser que descubriéramos que recibimos mucho menos por hora de lo que en realidad nos pagan, una vez calculado el coste «oculto» de nuestras vacaciones y enfermedades. El programa entonces nos ayuda a equilibrar nuestra relación con el dinero determinando cuánta satisfacción obtenemos de cada compra, en comparación con lo que nos cuesta en energía vital.

El siguiente paso es tomar conscientemente la decisión de gastar más dinero en las cosas o actividades que nos producen más satisfacción y menos en las cosas que en último término no tienen ningún sentido. El resultado entonces es que disminuyen nuestros gastos y aumenta la satisfacción que de ellos obtenemos. Cuando se considera de esta manera el dinero, cambia toda la relación con él. Se comienza a ver que no es necesario dejar «para más adelante» las cosas que uno siempre ha deseado hacer. Algunos de mis grandes placeres, como caminar por la playa, leer e ir al cine, no cuestan casi nada. No tiene por qué costarte mucho dinero comenzar a vivir tu vida de modo más satisfactorio. Siguiendo el programa de Dominguez y Robin

comprendí que mi tiempo libre no tiene precio para mí, y que nunca seré capaz de tener un trabajo que no satisfaga también mi alma y me deje mucho tiempo para crear mi vida como yo quiero, por altos que sean el salario y los beneficios. Fundamentalmente he comprendido que la verdadera abundancia, en todos los niveles, también el económico, viene de dedicar el tiempo, el pensamiento y la energía a esos aspectos de la vida que más nos satisfacen. En una reciente conferencia titulada «Empowering Women», celebrada en Atlanta, Louise Hay dijo que cada año afirma que sus ingresos van a aumentar y que se verá abundantemente recompensada y gratificada por su trabajo, y que cada año eso ocurre. Louise celebró su 70 cumpleaños en 1996, y su obra y su vida son un ejemplo vivo y estimulante de las leyes de la atracción y la prosperidad.[5]

Hoy en día el trabajo de atender a la familia y preparar la comida (que no figura en el producto nacional bruto) no se reconoce, no se remunera ni se reparte con equidad entre ambos sexos. Una amiga mía ha comenzado a corregir esta situación a nivel personal obteniendo un «salario» de su marido por su trabajo diario como ama de casa, madre y secretaria social. Yo, por mi parte, estoy comenzando a enseñar a mis hijas la importancia de la independencia económica, de no depender de los hombres. Toda mujer necesita considerar cómo puede contribuir a cambiar esta mentalidad cultural.

¿Has programado tu vida de manera que satisfaga al mismo tiempo tus necesidades más íntimas y tu deseo de ser de utilidad a los demás?

Es totalmente posible desarrollarse en plenitud, satisfacer las necesidades emocionales más íntimas y al mismo tiempo trabajar con los demás para el bien común. Nuestra cultura ha enseñado a las mujeres justamente lo contrario: que deben sacrificarse y sacrificar sus necesidades por el bien de los demás. Pero no se puede calmar la sed de los demás cuando el propio vaso está vacío. Muchos estudios han demostrado, por ejemplo, que las mujeres que sacrifican el trabajo que les gusta y su propio desarrollo óptimo para atender y cuidar a los demás corren un mayor riesgo de cáncer de mama. No es sólo el sacrificio lo que crea el problema de salud, sino también el resentimiento no expresado que genera. Cuando la mujer cree que no tiene derecho a progresar, ni siquiera va a permitirse reconocer ese resentimiento. La sabiduría de su cuerpo deberá entonces llamarle la atención sobre eso para que pueda equilibrarlo.

¿Valoras tus fuerzas, dones, talentos y consecuciones ?

Una parte muy importante de la creación de salud, y de cualquier otra cosa, es reconocernos los méritos. Saber aceptar los elogios, permitirnos sentir realmente, de una forma física, el éxito y la realización, es una habilidad que se puede aprender. Annie Gill-O'Toole, asesora de empresas que ha trabajado con nosotras en Women to Women y nos ha ayudado a desarrollar nuevas formas y estructuras que sirven a nuestros objetivos, dice que un importante motivo de que las personas se queden estancadas y no logren crearse una vida mejor es que no se reconocen el mérito de lo que ya han creado. Si uno permanentemente se salta el paso de reconocer sus creaciones y continúa concentrándose en lo que le falta por hacer, entonces su inconsciente sólo escucha algo parecido a esto: «Vales muy poco. Aún no haces lo suficiente. Queda muchísimo por hacer. Jamás serás capaz», en lugar de escuchar: «Buen trabajo. Has avanzado muchísimo».

Muchas mujeres viven con la creencia de que hay demasiado trabajo por hacer, que jamás lo van a acabar y que, por lo tanto, nunca podrán descansar ni valorarse a sí mismas. Esta creencia procede directamente de nuestra obsesión cultural con la productividad y el creer que nuestra valía depende de lo que podemos producir para los demás, sean hijos, bienes o servicios. Actuando con ese sistema de creencias, nos creamos más y más trabajo que nunca se siente completo ni satisfactorio. Pero la salud óptima de los ovarios, por ejemplo, precisa que reconozcamos nuestra creatividad como una manifestación externa de nuestra profundísima necesidad interior de autoexpresión. Esta creatividad no tiene por qué medirse en dinero ni en productividad para ser una valiosa contribución a nuestra salud y a la de los demás. Cuando permitimos que otras personas exploten, juzguen y controlen nuestros dones y talentos innatos, ponemos en peligro nuestra salud.

Una de mis colegas médicas aprendió bien esta lección cuando se le desarrolló un quiste ovárico durante el tiempo en que trabajaba en un importante centro médico. Florence fue a trabajar a ese centro médico porque no creía tener la habilidad necesaria para instalar su propio consultorio a su manera, usando al máximo su creatividad. Después de la extirpación del ovario, sin embargo, supo intuitivamente que necesitaba dejar ese trabajo, que en cierto modo era peligroso para ella continuar allí. En ese ambiente de trabajo los demás no valoraban su creatividad femenina y, en consecuencia, ella tampoco la valoraba cuando estaba allí.

Sabía que aún no era lo suficientemente fuerte para sostener sus puntos de vista femeninos sin tener al menos algún apoyo de los demás, pero el «sacrificio» del ovario sí le hizo prestar atención y ponerse en marcha para hacer un cambio. Dejó el centro médico e instaló su consultorio con mucho éxito. Sólo pasados unos años, después de aprender acerca de la sabiduría ovárica, fue capaz de darse cuenta del peligro que había corrido su creatividad en su primer lugar de trabajo.

Es necesario que las habilidades y voces de las mujeres se hagan oír en todos los ámbitos de acción: en la industria, la educación, la medicina y otras profesiones. Las mujeres deben comenzar por escucharse a sí mismas y oír sus propias voces. Nuestro desarrollo es una prioridad planetaria. Tenemos mucho con que contribuir, pero con demasiada frecuencia nos sentimos inseguras de nosotras mismas.

Piensa en algo que hayas realizado hoy, esta semana o este año y de lo que te sientas orgullosa. Siente totalmente tu logro. Asimílalo, hasta que sea algo más que sólo un conocimiento intelectual. Acéptate a ti misma en tu corazón. Si nosotras no podemos sentirnos a gusto con nuestras habilidades y nuestros logros, nadie podrá hacerlo tampoco.

Paso 3: Respetar y liberar las emociones

> El dolor es la consecuencia de la resistencia a nuestro estado natural de bienestar, y cuanta más atención le prestamos más lo atraemos.
>
> ABRAHAM

Las emociones son una parte esencial de nuestra guía interior. Igual que las enfermedades y los sueños que tenemos, igual que nuestra vida, son nuestras, y hemos de reconocerlas y prestarles atención. Hemos de aprender a sentirlas, a no juzgarlas y a agradecerles que nos guíen. Nos dan a conocer cómo estamos dirigiendo nuestra energía vital. La rabia o la tristeza permanentes, por la ley de la atracción, tienden a atraernos situaciones de rabia o tristeza. Las dosis diarias de alegría y de aprecio por nosotras mismas y por los demás tienden a atraernos alegría y aprecio.

Los niños saben automáticamente sentir sus emociones y después dejarlas marchar. Cuando les duele algo, se detienen y lloran; pasado un ratito, ya están de nuevo jugando. Elisabeth Kübler-Ross señala que la rabia natural de un niño y su estallido emocional duran unos quince segundos. Pero avergonzar o culpar al niño por esa rabia suele bloquear su liberación natural. La emoción natural del niño podría quedarse estancada y convertirse en una forma de autocompasión que permanece años con la persona. Elisabeth Kübler-Ross dice que las personas a las que no se les permitió la natural expresión de la rabia suelen estar «marinadas en autocompasión» cuando son adultas, y es difícil vivir con ellas. Esta autocompasión viene a ser lo mismo que el egocentrismo. Se necesita muchísima energía para reprimir las emociones naturales; la verdad es que es agotador. Cuando no hemos sentido nuestros sentimientos con regularidad durante un periodo de crisis o cambio personal, tenemos una acumulación de emociones reprimidas almacenadas en el cuerpo.

La represión emocional es un hábito que se transmite de generación en generación. Muchas mujeres tienen una rabia natural que ha estado reprimida durante décadas. Tienen retenidos en su interior mares de lágrimas que aún les falta derramar. Una paciente mía muy obesa me dijo que había aprendido de su madre y de su abuela a darse atracones con chocolate cada vez que su marido estaba fuera y se sentía sola. La grasa que tenía en las caderas, me dijo, representaba tres generaciones de energía emocional estancada, metida y sujeta allí con chocolate.

La liberación de emociones, o lo que yo llamo «incisión y drenaje emocional», es un proceso curativo orgánico completamente natural y sin riesgos.[6] La primera vez que asistí a un taller intensivo y estuve allí sentada con personas que trabajaban en un profundo proceso, me sentí como si estuviera asistiendo un parto en el hospital, permitiendo a las personas darse a luz a sí mismas. Todas tenemos esta capacidad dentro de nosotras. Las zapatillas de rubí de Dorothy podían llevarla a su casa de Kansas sola, pero ella no lo sabía. Pensaba que necesitaba al mago.

Emitir sonidos es una parte importante de la liberación de emociones. Myron McClellan, autora de música especializada en el poder sanador del sonido, dice que «el canto forma parte del sistema digestivo emocional del cuerpo». El canto es un tipo de sonido sanador. Los gemidos y sollozos son otra. Anne Wilson Schaef enseña que esos sonidos son como garfios que entran en el cuerpo y lo limpian de toxinas y basura.[7]

Hace poco me escribió una mujer: «Durante varios meses he practicado artes marciales simplemente para liberarme de las tensiones y la incapacidad muscular que sentía en el cuerpo. Una consecuencia intere-

sante es que he encontrado mi voz. En el taekwondo tuve que aprender a lanzar un fuerte grito junto con los golpes y patadas de esa práctica. Jamás en la vida había sido capaz de emitir un sonido con tanta autoridad. Cuando era niña me enseñaron que si una no hace ruido podría lograr que los agresores no se irritaran y, posiblemente, evitar el abuso. He llevado conmigo ese legado durante años, e incluso silencié mi dolor cuando mataron a mi marido. En otras culturas las mujeres lloran y se lamentan en voz alta para expresar su aflicción, su pena y su rabia ante la muerte. Yo jamás había hecho eso, aunque ciertamente he deseado y necesitado hacerlo. Sólo ahora, seis años después de la muerte de mi marido, he sido capaz de hacerlo. Me salió, no sólo por el grito del kárate, sino también a consecuencia de la profunda curación del tracto respiratorio, que he conseguido mediante el régimen macrobiótico y la medicina oriental».

En muchos sentidos, el año o los dos años posteriores a una experiencia traumática son más difíciles que la experiencia en sí, posiblemente porque en esta cultura recibimos apoyo durante las crisis, pero después, la gente y nosotras mismas esperamos que continuaremos con nuestra vida. Sin embargo, esto sólo puede ocurrir una vez que nos hemos permitido expresar y liberar nuestras emociones.

Recientemente vino a verme una joven recuperada de la enfermedad de Hodgkin gracias a un trasplante de médula ósea que le habían hecho hacía un año. La quimioterapia le produjo una menopausia prematura, por lo que estaba siguiendo la terapia sustitutiva de estrógeno para aliviarle los sofocos. Tenía problemas de cansancio y debilidad, pero no había ningún indicio de que le hubiera vuelto el cáncer. Cuando estábamos hablando de su historia en mi consulta, se echó a llorar y me dijo que nunca había llorado durante el año en que le hicieron el diagnóstico ni durante toda su experiencia con la quimioterapia. No se había permitido experimentar el miedo, limitándose a hacer frente a todo lo mejor posible.

Hacía un año de todo eso y ya no había ninguna crisis en su vida; su cuerpo estaba bien, pero no se sentía mejor. No tenía energía para hacer ejercicio, y no sentía deseos de prepararse comidas nutritivas. Después de hablar un poco de esto, se dio cuenta de que necesitaba tiempo para procesar emocionalmente su experiencia.

La primera vez que visité a una acupuntora, esta me explicó que en la medicina china las emociones como la rabia simplemente se consideran energía. Muchas mujeres tienen problemas para expresar directamente su rabia y la usan para manipular a otras personas. Pero la rabia puede ser una poderosa aliada. Cuando la sentimos, siempre está relacionada con algo que necesitamos reconocer en nosotras mismas. No está necesariamente relacionada con la situación o la persona que la provocó. Es una señal de que nos hemos dejado violar de alguna manera. Ese es uno de los motivos de que con tanta frecuencia la rabia forme parte del síndrome premenstrual.

Todas las mujeres hemos de comprender que nadie puede hacernos enfadar. Nuestra rabia es nuestra, y nos dice algo que necesitamos saber. Eleanor Roosevelt dijo una vez: «Nadie puede hacerte sentir inferior [ni enfadada ni triste] sin tu permiso». La rabia es energía, nuestro combustible personal. Nos dice que algo en nuestra vida necesita modificación. Nos dice que hay algo que deseamos pero que no sabemos que lo deseamos. La próxima vez que sientas rabia, di para ti misma: «¡Ah! Mi guía interior está trabajando. ¿Qué es lo que deseo? ¿Qué es lo que quiero que ocurra?». La rabia suele ser una expresión de la energía necesaria para hacer esa modificación. Solamente es peligrosa si la negamos y la guardamos en el cuerpo. La rabia y todas las demás emociones «negativas» pueden sernos de gran utilidad cuando no las volvemos hacia dentro como depresión ni arremetemos con ellas contra los demás.

Paso 4: Aprender a escuchar al cuerpo

Aprender a escuchar y respetar al propio cuerpo es un proceso que requiere paciencia y compasión. Puedes comenzar prestando atención a tu cuerpo mientras lees la siguiente lista. Lee lentamente y vuelve atrás cuando sea necesario.

- Anota las cosas de tu vida que te resultan difíciles, dolorosas, felices, etc. A medida que surgen, fíjate en tu respiración, tu ritmo cardiaco y tus sensaciones corporales. ¿Cuáles son? ¿Dónde están?
- Presta atención a cómo sientes tu cuerpo. ¿Sientes entumecidas algunas partes? ¿Cansadas? ¿Tienes ganas de llorar? ¿Algunas partes tuyas sienten deseos de llorar? Esos sentimientos son tu sabiduría corporal. Forman parte de tu guía interior.
- ¿Cuál es tu imagen de ti misma? ¿Cómo crees que te ve el mundo? ¿Y tú, cómo te ves? ¿Calzan esas imágenes? Muchas mujeres, a lo largo de años de permanente insatisfacción con su cuerpo y constantes dietas, se crean una imagen no realista de sí mismas. Algunas se sienten mucho más gordas de lo

que son realmente. Pero las mujeres que están conectadas con su guía interior suelen parecer más altas y más imponentes físicamente de lo que indica su talla real.

- Observa cómo le hablas rutinariamente a tu cuerpo. ¿Qué piensas cuando te miras en el espejo cada mañana? ¿Te criticas la cara, las piernas, el cabello? ¿Pides disculpas a los demás por tu apariencia? ¿O le das mensajes positivos a tu cuerpo, como por ejemplo: «Gracias por digerir la cena de anoche sin ninguna intervención consciente por mi parte»? Cultiva el vínculo existente entre la boca y los oídos —y el resto de tu cuerpo— para acostumbrarte a oírte. En su libro *Your Body Believes Every Word* [Tu cuerpo se lo cree todo], Barbara Levine habla de una amiga que siempre sentía dolor en el recto durante la regla. Le preguntó si consideraba la regla *«a pain in the ass»*.* La amiga la miró sorprendida y reconoció que, en efecto, así era como consideraba la regla.
- Presta atención a tus pensamientos y observa cómo afectan a tu cuerpo.
- Observa qué necesita tu cuerpo día a día. ¿Tienes hambre? ¿Tienes que ir al lavabo? ¿Estás cansada? ¿Por lo general no haces caso de tu cuerpo?
- Comprende que tu salud está en peligro si constantemente minas ciertas partes o funciones de tu cuerpo. Si un compañero de trabajo está resfriado, minas automáticamente la capacidad de tu cuerpo para estar sano si te obsesionas pensando a cuántos gérmenes estás expuesta. Más bien dile a tu cuerpo: «No te preocupes, sé que tienes la capacidad de estar sano cuando te proporciono una excelente nutrición y descanso».
- Observa qué temores tienes respecto a tu cuerpo. ¿Evitas tocarte los pechos por miedo a encontrarte bultos? En lugar de eso, aprende la anatomía de los pechos y a tocártelos con respeto y amor. Puedes transformar y sanar toda tu relación con ellos.
- Observa si hay partes de tu cuerpo de las que has renegado. ¿Cuáles son? ¿Consideras «inaceptables» algunas partes de ti misma? Una paciente mía tuvo frecuentes dolores abdominales hasta los 35 años. En su familia aprendió que era totalmente inaceptable que una mujer expulsara gases, aunque estaba bien que lo hicieran su padre y sus hermanos. Así pues, en lugar de permitir que el gas intestinal saliera de su cuerpo cuando era necesario, lo retenía hasta el punto de causarse dolor abdominal. Una vez que comprendió que había renegado de toda una función corporal natural, aprendió a permitirla y se le acabaron los dolores abdominales.
- Cuando experimentes una sensación corporal, como un dolor de espalda, «una reacción visceral», un dolor de cabeza o un dolor abdominal, préstale atención y ve si logras descubrir la situación emocional que podría haberlo activado. Niravi Payne enseña a sus clientes un nuevo vocabulario de capacitación sintomática. Por ejemplo, en lugar de decir: «Me duele el estómago», di: «¿Qué me está costando digerir?». Las emociones como la rabia, o cualquier otra que tal vez consideras inaceptable o te resulta difícil experimentar directamente, suelen afectar al cuerpo. Cuando te surja una sensación corporal, deja de hacer lo que estás haciendo, túmbate, respira y espera con tu síntoma, tu emoción o tu sentimiento. Tal vez te sorprendan los demás sentimientos, sensaciones o percepciones que te surgirán. El doctor John Sarno, especialista en medicina y rehabilitación física en el Instituto Rusk de Nueva York, y autor de *Mind Over Back Pain* y *Healing Back Pain,* tiene un éxito del 75 al 85 por ciento en el tratamiento del dolor de espalda y otros trastornos relacionados, como el dolor de cuello y la fibromialgia, a todos los cuales él llama «síndrome de miositis por tensión». El doctor Sarno señala que la personalidad de quienes tienden a sufrir de este síndrome se caracteriza por una minuciosidad, una responsabilidad y un perfeccionismo exagerados (esto no es lo mismo que la personalidad de tipo A: ambiciosa y agresiva). Enseña a sus pacientes a librarse del dolor haciendo que relacionen sus emociones con sus síntomas y que le digan a su cerebro que han recibido el mensaje y que el dolor ya se puede marchar. Los resultados suelen ser asombrosos.
- Con regularidad ponte delante de un espejo y agradécele a tu cuerpo todo lo que ha hecho por ti. Observa qué surge cuando haces esto. Escribe la siguiente frase en un papel y pégalo en el espejo: *«Me acepto incondicionalmente, ahora».* Yo suelo escribir esta frase en una hoja para recetas y se la entrego a mis pacientes con las siguientes instrucciones: «Di esta frase en voz alta frente al espejo, mientras te miras a los ojos. Hazlo dos veces al día durante un mes». Puedes aprender a aceptar tu cuerpo incondicionalmente ahora mismo, sea cual sea tu situación. Cuando hagas este ejercicio, descubrirás muchísimas cosas de tus «críticos interiores». Ponles nombres, como Esmeralda o George, por ejemplo, para

---

***** *A pain in the ass*: literalmente, «dolor en el culo»; expresión que se usa para decir que alguien o algo fastidia. En el caso de la regla, que es un fastidio. *(N. de la T.)*

*****

no darte por aludida o no tomártelo tan a pecho la próxima vez que te critiquen o critiquen tu cuerpo. Cuando no te tomes tan a pecho sus críticas, podrás decirles que se callen; incluso puedes optar por reírte de ellos.

- Recuerda siempre que el 90 por ciento de nuestras funciones corporales ocurren sin nuestra intervención consciente. ¿Quién nos mantiene el corazón latiendo? ¿Quién nos metaboliza los alimentos? ¿Quién nos dice cuándo necesitamos reponer líquido bebiendo agua? ¿Quién nos sana la piel cuando nos hacemos una herida? ¿Quién les dice a nuestros oídos que escuchen música hermosa? ¿Quién les dice a nuestros ojos que contemplen un bello paisaje? Reconoce que tu cuerpo es un milagro y que su estado natural es la salud.

Paso 5: Aprender a respetar al cuerpo

Casi todas las estadounidenses tienen una imagen deformada del cuerpo debido a los millones de imágenes, manipuladas con aerógrafo, de mujeres «perfectas» con que nos bombardean continuamente los medios de comunicación. Comenzamos a compararnos con esos símbolos gráficos de la perfección incluso antes de la pubertad. Así, solemos relacionarnos con nuestro cuerpo mediante comparaciones negativas: «Tengo las caderas demasiado anchas, los pechos demasiado pequeños, las rodillas feas, el pelo demasiado fino».

Esa obsesión cultural con la delgadez, realmente «tuvo éxito» conmigo una vez que fui a visitar a una amiga en su casa de la playa. También estaban allí muchas de sus otras amigas, la mayoría relacionadas con la industria de la moda o el espectáculo, delgadas, bronceadas y vestidas muy a la moda. Cuando fuimos a bañarnos me sorprendió sentirme baja y regordeta (comparada con todas ellas). Yo creía haber superado todos esos problemas hacía mucho tiempo. Sencillamente me permití sentir ese sentimiento de inferioridad durante un rato sin tratar de cambiar nada.

En ese tiempo hacía años que había dejado de pesarme y siempre me he considerado fuerte y capaz. Aunque mi cuerpo no es del tipo de las modelos de ropa de las revistas, cada año que pasa me siento más y más en paz con eso, pero sé que no soy inmune al efecto adverso que tienen los medios de comunicación en la imagen corporal de las mujeres normales.

Cuando llegué a casa después de esa visita, comprendí unas cuantas cosas:

- Incluso después de años de tener conciencia de que un cuerpo «perfecto» y delgado de modelo suele ser destructivo para las mujeres (y los hombres) en muchos aspectos, el deseo de tener ese cuerpo está profundamente arraigado en nuestra mente, aun cuando sabemos que las imágenes, incluso las de esas mujeres, no son «reales».
- El deseo de tener lo que la sociedad considera «el cuerpo perfecto» es totalmente comprensible. Podría incluso respetarme totalmente por lo humano que es tener ese deseo. Soy impotente ante él. (Con esto quiero decir que el deseo surge espontáneamente, sin ser invitado. No tengo ningún dominio sobre él.) Sin embargo, sí tengo dominio y poder sobre lo que elijo hacer con un pensamiento o deseo. Por eso es tan importante comenzar a oírnos, y a oír nuestros pensamientos.
- El deseo culturalmente inducido de un cuerpo «perfecto» no tiene por qué arruinar el respeto y el amor que siento por mi cuerpo ni el cuidado con que lo trato. Y si no respeto, amo y cuido el cuerpo que tengo, nadie lo va a hacer, o ni siquiera va a poder hacerlo. Juro tratarme a mí misma y tratar a mi cuerpo con amabilidad en el futuro, sobre todo cuando las «críticas» y comparaciones surgen desde lo más profundo de mi interior.

Artículos aparecidos en las revistas *TV Guide y People* han documentado que la mayoría de las personalidades de televisión se han hecho o se van a hacer cirugía estética en algún momento de su carrera. Los modelos de perfección que nos sonríen desde la pantalla imponen un canon al que la mayoría de nosotras no podemos aspirar sin recurrir a medidas como la cirugía.[8] Incluso así, a las imágenes de las modelos que aparecen en las portadas de las revistas les han reducido varios centímetros de los muslos y las nalgas con aerógrafo, y les han puesto cintas adhesivas en diversas zonas del cuerpo para que se vean firmes. Después de todo son seres humanos, igual que todo el mundo, sujetas a las mismas arrugas y bolsas que el resto de nosotras. Pero las normas de su industria exigen una cierta imagen, y por lo tanto ellas las satisfacen teniendo los genes correctos en primer lugar y luego mediante la cirugía, el ejercicio y una dieta constante. En los estudios de televisión o de cine, todo el día las sigue alguien con un secador de pelo, personas a las que una amiga mía llama «los policías de la belleza». En cierto sentido, casi todas las mujeres conseguirían tener un aspecto inme-

jorable (o al menos el mejor determinado por su cultura) si dedicaran a su apariencia la misma cantidad de tiempo, energía y dinero que le dedican nuestras modelos de belleza, y se les manipularan profesionalmente todas las fotografías.

El libro *Instant Makeover Magic* [La magia instantánea del maquillaje], de Michael Marron, muestra fotografías de «antes» y «después» de mujeres famosas como Shirley Jones y Phyllis Diller.[9] En las fotografías de «antes», están totalmente desprovistas de maquillaje. Se ven igual que mujeres corrientes, en la mayoría de los casos ni siquiera las reconoceríamos en la calle. Las fotografías de «después», tomadas cuando ya les han aplicado el maquillaje y las han peinado, son totalmente diferentes. Esas son las estrellas que reconocemos. Una mujer se ve sorprendentemente distinta después de que su cara ha sido maquillada por un artista. Este libro es muy sanador, porque demuestra que el modelo que se nos impone a las mujeres es imposible de satisfacer, no sólo para nosotras, sino también para las mujeres famosas.

Sin embargo, las antiguas artes del adorno puede formar parte del cuidado de nosotras mismas. Llevar maquillaje y barniz en las uñas son opciones sanas para muchas mujeres, y eso no quiere decir que se vendan en absoluto. No son opciones con las cuales todas se sientan cómodas, pero todos los modos de autoexpresión no dañinos deberían respetarse y honrarse.

Muy útil para nuestra actitud ante la ropa, el maquillaje, los cabellos y el cuidado personal es la sabiduría de Dolly Parton, que dijo: «Primero descubre quién eres y después hazlo a propósito». Si logramos descubrir quiénes somos por dentro, podemos expresarlo por fuera. Coco Chanel dijo una vez: «El adorno jamás es otra cosa que un reflejo del corazón». He decidido que me gusta llevar faldas largas y abrigadoras y no me preocupa cuáles son los largos de la temporada. Me he creado un estilo personal de vestir que me va bien y no está sujeto a los caprichos de los diseñadores de moda. He sanado mi relación con la moda, el vestuario y el estilo, primero sintiéndome a gusto con quien soy. A esto yo lo llamo «moda de dentro hacia fuera».

Si creemos que para tener buen aspecto hemos de estar incómodas, corremos el riesgo de desconectarnos de la vida real. Yo no uso pendientes de clip ni tacones altos porque me resultan incómodos. Si nos sentimos insatisfechas con nosotras mismas cuando no vamos maquilladas o no vestimos a la última moda, no estamos creando salud ni equilibrio en nuestra vida. Estamos en peligro de caer en lo que Anne Schaef llama «adicción a lo escénico», siempre con la necesidad de que nuestro cuerpo, nuestra casa y nuestra vida se vean igual de «correctos» que una escena de película. Los maridos de algunas mujeres jamás las han visto sin maquillaje. Algunas todavía se visten a puerta cerrada para que su pareja no les vea el cuerpo a plena luz, cuando se perciben todas sus imperfecciones.

La próxima vez que llame inesperadamente a tu puerta algún amigo, no pidas disculpas por tu aspecto ni por el desorden en que tienes la casa o el apartamento. Lo más probable es que su casa esté igual. Limítate a hacerle pasar y no hagas caso del rollo de papel higiénico que está encima de la mesa del comedor. Esta persona viene a visitarte a ti, no a tu inmaculada cocina ni a tu imagen perfecta. Fíjate en lo que aprendes cuando no pides disculpas.

Paso 6: Reconocer un Poder Superior o Sabiduría Interior

Existe una fuerza invisible, una dimensión espiritual, que nos guía como un progenitor amoroso guía a su hijo.

PYTHIA PEAY

Nuestro cuerpo está impregnado y nutrido por una guía y energía espiritual. Tener fe y confianza en esta realidad es una parte importante de la creación de salud. Cuando la mujer tiene fe en algo superior a su intelecto o sus circunstancias presentes, está en contacto con su fuente interior de poder. Todas nosotras tenemos una chispa divina en nuestro interior. Somos intrínsecamente una parte de Dios, la Diosa o la Fuente. Jesús dijo que el reino de los cielos está dentro de nosotros; podemos hacer esta conexión espiritual mediante nuestra guía interior. No es necesario ir más lejos de nosotras mismas para encontrarlo.

No es difícil aprender a conectar con nuestra sabiduría interior, con nuestra espiritualidad, pero nuestro intelecto y nuestro ego no pueden controlar ni la conexión ni los resultados. El primer paso es querer conectar con la guía divina. El segundo paso es liberarnos de nuestras expectativas de lo que va a ocurrir a continuación. El tercer paso es esperar una respuesta observando las pautas o formas de nuestra vida relacionadas con la intención inicial.

Cada una de nosotras tiene a su disposición un ángel guardián para guiarla. Pero tenemos que pedir la orientación y estar receptivas para recibirla. Ver las pautas o formas que se conectan es una manera de con-

templar la vida. Ese es el cambio de modelo del que ya he hablado. Comprender el cuadro completo significa no quedarse atascada en un determinado momento. Acceder a la orientación espiritual significa mirar la pauta de nuestra vida a lo largo del tiempo. David Spangler dijo: «Los sueños, los acontecimientos, un libro, las palabras de un amigo: todo eso podría ser una palabra de un ser angélico».

Hace unos dos años, un viernes por la mañana estaba junto a mi cama preparándome para el día. Leí mis meditaciones favoritas que he escrito en una pequeña libreta de papel hecho a mano. Decidí decir en voz alta un párrafo tomado del libro *The Game of Life and How to Play It,* de Frances Scovell Shinn.[10] Lo dije en voz alta y con sinceridad: «Espíritu infinito, dame una orientación clara, revélame mi autoexpresión perfecta. Muéstrame de qué talento voy a hacer uso ahora». Esa misma tarde me llamó por teléfono un conocido que es agente literario. «Creo que es hora de que escribas un libro», me dijo. Sólo fue mucho más tarde ese día cuando conecté esos dos episodios. A veces la orientación llega con facilidad y rapidez. Cuando eso ocurre, sin embargo, en ocasiones tenemos que ver más allá de esa parte del intelecto que nos dice que nos lo estamos inventando y que estamos locas por creer esas tonterías.

Aunque cada persona forma parte de un todo más grande, también somos individuos. Esa parte única de ese todo que cada una encarna debe ser expresada plenamente para crear salud, felicidad y crecimiento interior, para nosotras y para los demás. La mejor manera de expresar esa parte divina de nosotras mismas es llegando a ser todo lo que somos. El propio cuerpo nos dirige hacia la expresión personal total haciéndonos saber qué encuentra agradable y «correcto» y qué no. La enfermedad suele ser una señal de que algo va descaminado de la finalidad de nuestra vida. Por eso el doctor Bernie Siegel dice: «La enfermedad es el botón de "reinicialización" de Dios».

Muchos médicos están también abiertos a este ámbito de misterio, pero no se atreven a decir nada. Una intuitiva muy cualificada de Maine del sur me dijo una vez: «Algún día voy a dar un cóctel en mi casa e invitaré a todos los médicos de esta zona que vienen a verme para que les haga lecturas. Todos vais a estar en mi casa y os vais a sorprender de cuántos sois y de quiénes están».

Cuando invitamos a lo sagrado a entrar en nuestra vida, pidiendo sinceramente orientación a nuestra sabiduría interior, nuestro poder superior o a Dios, invocamos un gran poder. Es algo que no se puede tomar a la ligera. El motivo de que las personas sean escépticas o se rían de esto es que tienen miedo. Cuando invitamos sinceramente a lo sagrado (guía o espíritu interior) a que nos ayude en la vida, le damos permiso para que cambie nuestra vida. Es posible que comiencen a desintegrarse esos aspectos de nuestra vida que ya no sirven a nuestros propósitos superiores, y eso puede ser aterrador. Caroline Myss dice: «Acabar con un matrimonio o un trabajo es un día en la playa para un ángel».

Creer en los ángeles o hacerse hacer la carta astral o una lectura intuitiva no excusa a nadie de trabajar en sanar y volverse íntegra. Ten presente que cualquier cosa se puede usar de forma adictiva, incluso la llamada «búsqueda espiritual»; demasiadas personas utilizan sus «prácticas espirituales» para evitar enfrentarse a los aspectos difíciles de su vida. Emplear cristales, la música de la Nueva Era y la astrología mientras te bebes medio litro de vino cada noche, no te va a servir para sanar; meditar fielmente dos veces al día mientras tu marido te golpea cada noche no te va a mantener sana. Toda la «espiritualidad» del mundo no te va a hacer el trabajo humano. Sólo cada persona individualmente puede tomar las medidas necesarias para arreglar su vida. Una de mis amigas de los Doce Pasos me dijo: «Dios mueve montañas; trae una pala».

Para reconectar con su espiritualidad innata, muchas mujeres necesitan dejar atrás años de abuso religioso, sobre todo si han sido víctimas de sectas organizadas o religiones patriarcales. No es de extrañar que muchas estén furiosas con Dios y tengan dificultades para aceptar el concepto de un «poder superior» o «sabiduría interior», cuando Dios ha sido presentado como un ser vengativo y justiciero que está fuera del alcance de la comprensión y el conocimiento humanos. Algunas mujeres se quedan estancadas en una fase muy infantil en la que piensan: «Si existiera un Dios, jamás habría permitido que me ocurriera esto». Una de mis colegas dice: «Si hago de Dios algo separado de mí y exterior a mí, entonces tengo que acusar a Dios de castigarme cada vez que mi vida no va bien».

Todos somos seres espirituales. La conexión con el espíritu es una parte intrínseca del ser humano. Durante siglos, nuestra cultura ha tratado de dominar nuestra espiritualidad innata mediante la religión. Aunque algunas mujeres pueden acceder a su espiritualidad a través de las religiones organizadas, demasiadas religiones dependen de dogmas y normas estáticas que sirven para alejarnos de nuestra espiritualidad diaria. La espiritualidad fluye libremente y es siempre cambiante. Aunque está claro que en su nacimiento muchas religiones estaban basadas en las percepciones espirituales inmediatas y profundas de sus fundadores, en la actualidad la mayoría de ellas carecen de la flexibilidad y la constante evolución necesarias para estar de verdad conectadas espiritualmente.

En parte como reacción a tantos años de religiones dominadas por los hombres, muchas mujeres se sienten atraídas hacia los diferentes aspectos de «la Gran Diosa». Como mujeres necesitamos «una imagen sexualmente afirmadora de poder y belleza como foco para la oración y la meditación», dice Patricia Reis.[11] Habiendo interiorizado a un Dios masculino, las imágenes de la Diosa que están surgiendo representan un equilibrio muy necesario.

Personalmente he descubierto que las cartas del tarot Motherpeace son un paso intermedio muy útil para conectar con mi guía interior. Este tarot lo constituyen 78 imagenes originales, creadas por Vicki Noble y Karen Vogel, e incorpora imágenes visuales tomadas de la mitología, el arte y la teología[12] que se basan en la cultura de las mujeres a lo largo de la historia. Dado que son imágenes arquetípicas y tienen un simbolismo universal, reflejan en la conciencia nuestra estructura inconsciente. El libro de referencia y guía de las imágenes que acompaña a este tarot *(Motherpeace: A Way to the Goddess Through Myth, Art and Tarot*),[13] presenta una gran cantidad de estudios eruditos que respaldan la sabiduría femenina. Cuando tengo dificultades para tomar una decisión o me encuentro ante un dilema que no tiene fácil respuesta, suelo extender ante mí las cartas de mi tarot Motherpeace. Después de calmarme, hago la pregunta: «¿Cuál es la mayor enseñanza que me ofrece esta situación?». Después, saco una carta.

Hace poco estaba tratando de decidir si hacer o no un vídeo sobre la salud de las mujeres que había proyectado con un productor de California cuya obra admiro y que deseaba crear algo conmigo. Una parte muy pequeña de mí vacilaba respecto a seguir adelante. Saqué una carta para que me guiara con toda claridad en ese asunto. Era el Hierofante, una carta en la que aparecen dos jovencitas arrodilladas ante una figura sacerdotal masculina, que lleva ropajes característicos de la Diosa. Esto simboliza la manera como el poder de las mujeres ha sido usurpado a lo largo de las edades por el sacerdocio masculino. Para mí, la carta significaba que o bien yo ponía al productor en un pedestal, o que producir ese vídeo podría ponerme a mí en un pedestal, como una autoridad para las demás mujeres. Dado que la esencia de mis enseñanzas es que cada una debe convertirse en su propia autoridad, sacar el Hierofante era una señal de cautela que me enviaba mi guía interior; me confirmó la sutil vacilación que ya sentía respecto a seguir adelante con el proyecto. Algún aspecto de mí o del proyecto tenía que cambiar para que yo pudiera seguir con él.

Otra manera muy eficaz de ayudarse en las decisiones usando las cartas es escribir las opciones en papelitos, doblarlos y, después de un momento de meditación sobre el tema, colocar una carta sobre cada papelito. Esto sirve para apartar al intelecto del asunto y da más información. Mi madre es zahori y suele utilizar un péndulo para guiarse intuitivamente. La orientación espiritual se presenta en todas las formas, de modo que usa la forma que te dé mejores resultados.

Al margen de lo que uno crea sobre la espiritualidad, es importante introducir un sentido de lo sagrado en la vida cotidiana. La espiritualidad impregna todo lo que hago. Mi espiritualidad no está reservada para días especiales como Navidad, ni la practico solamente en edificios especiales llamados iglesias, sinagogas o templos. Mi espiritualidad está en cada parte de mí. En cierto modo me siento parte de Dios/la Diosa/Todo lo que Existe, no separada de ello. Cuando lleno formularios para el seguro, estoy conectada con mi espiritualidad (a veces). Cuando estoy en el quirófano, estoy muy conectada con mi espiritualidad. Y estoy particularmente conectada con mi espiritualidad cuando ayudo a mujeres a abrirse a su sistema de guía interior. Esto se debe a que echar una mano a otra mujer para ayudarla a sanar y conectar con su espiritualidad también me ayuda a mí a sanar y conectar con la mía.

Como muchas mujeres, siento una especial conexión espiritual con la naturaleza. Muchas personas encuentran paz y consuelo en un lugar especial, un lugar al que tal vez iban en su infancia para sentirse abrazadas por las propiedades sustentadoras de la naturaleza. Las mujeres suelen hablarme de árboles, rocas, colinas u otros lugares especiales que las conectan muy fuertemente con su espiritualidad. El tiempo pasado sola en un lugar natural suele activar la conexión con la propia espiritualidad.

Una poderosa manera de sintonizar con el mundo natural es observar en qué fase está la Luna y ver si su ciclo produce algún efecto en nuestro cuerpo, nuestras emociones o nuestras percepciones.[14] Observa el efecto que tienen en ti las estaciones. La llegada del otoño, ¿te despierta los sentidos y te encuentra preparada para nuevos comienzos? ¿O eso te ocurre en primavera? Descubre cuáles son los equinoccios y los solsticios. Durante siglos, la gente pensaba que en esas fechas tenían acceso a más poder espiritual. Todas las principales festividades religiosas se celebran alrededor de esas fechas. No tienes por qué estudiar nada, simplemente toma conciencia de la Luna y de los ritmos de la naturaleza. Yo vivo junto a una ría y disfruto mirando por la ventana los cambios de marea, sabiendo que están, como mi cuerpo, conectados con las fases de la Luna.

Cuando era niña y adolescente, mi padre solía ir a la iglesia los domingos, porque le gustaba y su familia siempre había ido allí. Mi madre, por su parte, solía ir a pasear por el bosque. «Él tiene su iglesia y yo

tengo la mía», decía. Cada mujer debe encontrar su centro espiritual y su guía interior propios. Y para cada mujer será diferente.

Al margen de que creamos en los ángeles, en Dios, en Jesucristo, en el espíritu humano, en la Virgen, en el Gran Espíritu o en la Diosa Gaia, estar sintonizadas con nuestros recursos espirituales es una fuerza vital sanadora. Comprometernos a recordar nuestro yo espiritual y a recibir orientación para nuestra vida forma parte de la creación de salud.

Paso 7: Recuperar la totalidad de la mente

> Las mujeres necesitan saber que son capaces de pensamiento inteligente, y necesitan saberlo ya.
>
> ADRIENNE RICH

> Lo positivo de escribir es que una conecta consigo misma en un nivel muy profundo, y eso es fabuloso. Tienes la posibilidad de saber quién eres y lo que piensas. Comienzas a relacionarte con tu mente.
>
> NATHALIE GOLDBERG

Si queremos recuperar la sabiduría de nuestro cuerpo, debemos también recuperar nuestro intelecto, nuestra mente y nuestra capacidad de pensar. Una vez que hemos experimentado lo íntimamente relacionados que están nuestros pensamientos y síntomas corporales, y lo inteligentes que somos, la hipnosis cultural distrae menos nuestros pensamientos y confiamos en nuestra voz interior. Ponemos en tela de juicio nuestras suposiciones de un modo más crítico, liberándonos así de los hábitos mentales de toda una vida.

Llevar un diario, la práctica de la escritura y la meditación son métodos que muchas han usado para conectar con éxito con su voz interior y llegar a conocer su mente. La escritura propioceptiva me ha enseñado a confiar en mi mente y mi sabiduría interior. Ideada por la doctora Linda Trichter Metcalf, este proceso de escritura hace intervenir simultáneamente al intelecto, la intuición y la imaginación, y se practica oyendo música barroca.[15] (Se ha descubierto que la música barroca sincroniza las ondas cerebrales a una frecuencia de alrededor de 60 ciclos/seg, una frecuencia asociada con un aumento de las ondas cerebrales alfa y una mayor creatividad.)

Escribiendo me di cuenta de que mis pensamientos tienen orden, dirección e inteligencia, y que todo esto está relacionado con mi bienestar. Más aún, que mis pensamientos están íntimamente conectados con mi yo sensible. Comprendí que uso las palabras para expresar, crear y explorar todas las relaciones y emociones que dan sentido a mi vida. Cuando estaba en el primer ciclo de enseñanza secundaria, tenía dificultades para escribir composiciones. Mis profesores me decían que no me atenía al tema y que mis pensamientos eran demasiado «desperdigados». Se me enseñó que para hacerlo bien debía organizar mis pensamientos de modo lineal, causa-efecto, colocando los puntos en orden de importancia, del primero al último; que tenía que referirme sólo a un punto en cada párrafo y luego desarrollar ese punto antes de pasar al siguiente. Se me enseñó que las ideas tenían que venir una a una y que siempre debían tener cierta relación obvia y concreta entre sí (eso nunca me pareció obvio). Pero mi mente no funcionaba de una manera lineal y no emocional entonces, y tampoco funciona así ahora.

Cuando escribo o pienso en una palabra o concepto, mi mente inmediatamente va en varias direcciones a la vez, todas llenas de contenido emocional y relacionadas entre sí por igual, no de un modo jerárquico ni lineal. Así pues, mi proceso natural de pensamiento es circular y multimodal, como lo es para muchas mujeres. Si escribo la palabra sujetador, por ejemplo, mi mente se dirige casi simultáneamente en las siguientes direcciones: pienso en la relación de la mujer con su sujetador, cómo se compró el primer sujetador, cómo fue esa experiencia para ella, qué significa eso respecto a su relación con sus pechos, si ha usado alguna vez un sujetador con aros, qué significan sus pechos en esta cultura, si le dio el pecho su madre, etc.

Si simplemente escribía mis pensamientos y los escuchaba, al principio me parecían al azar y sin orden. Pero al continuar el proceso vi que mis pensamientos tejían una red de sentidos interconectados que iban en cierta dirección. Mi tarea era simplemente continuar y registrar lo que oía o sentía. Siempre volvía a mi punto de partida, pero con mayor comprensión de mis creencias y mi sabiduría.

Mediante la escritura he llegado a comprender que todas las palabras que entran en mi mente tienen significado y que ese significado está conectado con todo mi ser. He llegado a entender que mis ideas, mis pensamientos y mi sabiduría proceden de mi ser total (mi cerebro, mi útero y mi poder superior) y se pueden originar en cualquiera de mis aspectos interconectados. He aprendido a confiar en mis pensamientos. Las

formas de saber de las mujeres (y de algunos hombres) no son los métodos logocéntricos del hemisferio cerebral izquierdo que enseñan en nuestras escuelas y universidades. Es asombroso comprender cuántas mujeres muy inteligentes se creen estúpidas debido a la educación que recibieron.

Para liberarnos de los pensamientos y creencias que ya no nos sirven, primero hemos de ser capaces de oírlos cuando surgen. La práctica de la escritura es un instrumento muy poderoso para aprender a oírnos y a valorar la naturaleza multimodal de nuestros pensamientos. Todo el mundo tiene esa capacidad, pero en nuestra cultura es desvalorizada y por lo tanto está subdesarrollada. Nos enseña que el modo en que hablamos con nosotras mismas en nuestro interior es exactamente igual al modo en que nos van a percibir los demás. No hablamos con los demás de una manera diferente de la que usamos para hablar con nosotras mismas dentro de la cabeza. Durante años en mis escritos aparecía la palabra valiosa porque en el fondo no me sentía valiosa. Me pasé horas preguntándome qué quería decir con esa palabra. En torno a ella siempre surgían imágenes de escuela, autoridades, exámenes e iglesia. Finalmente, mi meditación sobre la palabra valiosa me llevó a la importante comprensión del pecado original de ser mujer. ¿Cómo podía haberme sentido valiosa dada mi programación cultural?

Si una palabra o frase te viene continuamente a la mente, es importante, tiene un sentido para ti: explórala; escribe acerca de ella; medita en ella. Si te viene un pensamiento a la mente, aprende a aceptarlo sin juzgarlo; tendrá un significado para ti, sea el que sea; está allí por alguna razón. Linda Metcalf dice: «No hay ningún turista en la mente».

Siempre he creído que para cambiar las condiciones de nuestra vida exterior hemos de hacer un cambio interior. La escritura propioceptiva es un instrumento para explorar lo que hay en el interior. Al fin y al cabo, si no sabemos dónde estamos, ¿cómo podemos esperar llegar a otra parte? Lo que descubrí dentro de mí fueron capas y más capas de «debo» «tengo que» y otros impedimentos de mi adoctrinamiento educacional y cultural. A esto Metcalf lo llama «un manglar enmarañado con las raíces enroscadas entre sí».

Durante semanas, meses y años de escribir, tuve experiencia directa de mi adoctrinamiento y finalmente llegué a oír mi voz, la voz de mi verdadero yo que afloraba. Pero también me di de lleno contra mi sentimiento de culpabilidad, que parecía formar parte de mí, primorosamente instalado en mi interior desde hacía años. (También me di cuenta de cuánto había separado la espiritualidad de todo lo que fuera político. Ahora sé que no podemos separar estas dos cosas.) El sentimiento de culpabilidad es una fabulosa arma para mantener en su lugar a las mujeres. Es una forma de opresión interiorizada que sirve para que las cosas sigan como están. Comprendí que si continuaba *revolcándome en mi* sentimiento de culpabilidad en lugar de analizar mi voz interior, siempre sería ineficaz en el trabajo que se me da mejor y que más me gusta. ¿Cómo podía ayudarme eso a mí y ayudar a otras personas? Cuando afirmé que mi trabajo era político y dejé marchar el sentimiento de culpabilidad, me liberé de un conjunto de creencias destructoras de la salud. Muy pocas mujeres están libres del sentimiento de culpabilidad en esta cultura, ya que forma parte del egocentrismo del sistema adictivo.

Escribir fue esencial para mí, me ayudó a liberarme de esas partes mías que ya no me servían. Lo hagas como lo hagas, tú también puedes aprender a respetar tu intelecto, tu mente y la totalidad y plenitud de tu inteligencia.

Diálogos con el cuerpo: Escuchar a la mente que crea las células

Suelo pedirles a mis pacientes que, mediante la escritura, la meditación o el dibujo, mantengan un diálogo con sus síntomas corporales o con el órgano que les está dando problemas. Sentada con tu diario abierto y receptiva a tus pensamientos, pregúntale a tu cuerpo qué necesita o qué trata de decirte.

Una de mis pacientes, que tenía reglas muy abundantes y un mioma, le pidió a su pelvis que le hablara. Escribió en su diario: «¿Qué sabiduría quieres transmitirme a través de los flujos abundantes y el mioma?». Durante los días siguientes «esperó con» esta pregunta durante diez minutos cada día.

Finalmente, la respuesta que le llegó fue: «Tus reglas son símbolos del modo en que te entregas con demasiada prodigalidad. La abundancia de sangre representa la salida de tu sangre vital. Lo mismo haces en tu relación con tu novio. Esto está relacionado con tu relación con tu padre».

Otra paciente me dijo: «Usted me pidió que tuviera un diálogo con mi cuello del útero [había tenido una citología anormal]. Todo tiene que ver con la vergüenza, con carencias, con el hecho de que creo que no valgo. Me parece que tengo que escuchar más».

Se han escrito muchos buenos libros y se dan talleres sobre cómo llevar diarios u otra forma de diálogo introspectivo. Recomiendo los siguientes libros de Natalie Goldberg sobre la práctica de la escritura: *Writing Down the Bones* y *Wild Mind.*[u]

Trabajo con los sueños: Incubación de un sueño

> Los sueños nocturnos hablan el idioma de la Mujer en Estado Natural. Ella habla. Lo único que tenemos que hacer es escribir al dictado.
>
> CLARISSA PINKOLA ESTES

Se puede aprender a trabajar activamente con los sueños y a consultarlos sobre problemas concretos de la vida. El proceso de pedir un sueño orientador se llama «incubación de un sueño».[17] Para hacer esto con eficacia hay que estar dispuesta a ser absolutamente sincera respecto a las circunstancias de la propia vida. A continuación explico la forma de hacerlo.

Elige una noche en que tengas energía y concentración para dedicarte al proceso. Escribe durante unos diez o veinte minutos en tu diario acerca del problema en que deseas centrarte. Hazte las siguientes preguntas en tu interior y manténte receptiva a cualquier intervención de tu guía interior:

¿Cuál es la causa principal de mi problema?

¿Qué posibles soluciones se me ocurren en este momento?

¿Por qué no son adecuadas esas soluciones?

¿Cómo me siento ahora mientras trabajo en esto?

¿Me parece más seguro vivir con el problema que resolverlo?

¿Qué voy perder si resuelvo este problema ahora?

¿Qué voy ganar si resuelvo este problema ahora?

¿Hay algo útil que quiera decirme *mi yo* futuro?

Escribe una frase o pregunta de una línea que tenga que ver con el problema, de la forma más directa y sencilla posible, y mantén apaciblemente la pregunta en la mente mientras concilias el sueño. Deja a mano junto a la cama papel, un bolígrafo y una linterna, o un magnetófono, y escribe o graba cualquier sueño que recuerdes. A veces las percepciones llegan a las tres de la mañana o en cualquier momento en que te despiertes para ir al lavabo. Si no escribes en seguida aunque sea los detalles pertinentes de tu sueño, lo más probable es que los olvides por la mañana. Este proceso puede durar varias noches hasta que surja un sueño clarificador.

Betty, una de mis amigas, se encontraba *en* una dolorosa situación social: advirtió que dos de sus colegas le echaban la culpa de que a ellas no las hubieran tomado en cuenta para los ascensos laborales. Betty es muy inteligente y creativa y siempre es capaz de inventar nuevos métodos, agradables, innovadores y productivos, para hacer su trabajo. A lo largo de los años siempre ha tenido colegas que le han envidiado esas dotes. A ella le encanta trabajar con los demás y tiene muchísimas dificultades para resolver conflictos interpersonales, de modo que esa situación le resultaba muy dolorosa. Consideró la posibilidad de dejar el trabajo y trasladarse a otra parte del país, aunque su trabajo allí era muy gratificante. Cuando se dio cuenta de la hostilidad de sus colegas, el sentimiento que esto le evocó le resultó muy viejo y demasiado conocido. Ya en otras ocasiones se había visto injustamente «aislada» y «criticada» por sus compañeros y hecha responsable de faltas ajenas. Esto le había ocurrido una y otra vez en otros trabajos y en otros ambientes personales o profesionales. Estaba harta de que la hicieran víctima y quería elegir otra manera de vivir con sus dotes y talentos. Decidió hacer una incubación de un sueño para pedir orientación en la forma de cambiar las pautas inconscientes que le atraían situaciones en las que acababa siendo la víctima de la incapacidad de otras personas. Después de anotar las diferentes ocasiones en que había sido víctima y permitirse sentir lo asqueada que

estaba con el asunto, pidió un sueño que la ayudara a clarificar su situación. Escribió: «¿Por qué me creo una y otra vez situaciones en que las personas me critican?».

Esa noche tuvo el siguiente sueño: Una muy buena amiga suya estaba sentada a su lado. La amiga se estiró para tocar un puerco espín, y el animalito le clavó las púas. La amiga entonces cogió las púas y se las clavó en el brazo a Betty, y después la miró a la cara para ver cuál era su reacción. Ella sencillamente siguió sentada y se dejó clavar las púas. Entonces la amiga cogió un puñado de alfileres y comenzó a clavárselos en el brazo. Mientras tanto Betty continuaba sentada sin decir nada, sintiendo el dolor. Finalmente decidió hacer algo con su dolor y comenzó a quitarse los alfileres. Al hacerlo le brotó una gran cantidad de sangre de los agujeros que le habían dejado los alfileres en el brazo. Abrumada por el dolor y la cantidad de sangre, se quejó a su amiga, diciéndole que no estaba bien que le clavara púas y alfileres en el brazo.

Miró hacia su derecha y allí vio sentados a su padre, su madre y su hermana. Entonces cayó en la cuenta de que, durante toda su infancia, ellos la habían insultado y golpeado físicamente. Betty jamás se había quejado ni había dicho nada. Simplemente se las arreglaba con el dolor y se dejaba sangrar. (Recuerda que la sangre simboliza a la familia.)

Cuando despertó, comprendió que ya no podía permitir que se le siguieran acumulando más púas psíquicas, emocionales y de otro tipo sin decir nada. Se dio cuenta de que había llegado a un punto en que estaba «sangrando de muerte» por la acumulación de heridas de toda la vida que jamás había reconocido y de las que nunca se había quejado. Dada la forma en que la trataron cuando estaba creciendo, había llegado a creer que si se quejaba, simplemente la golpearían más. Comprendió que tenía que defenderse a la primera señal de incomodidad en sus relaciones. Vio con qué profundidad le habían metido la mentalidad de víctima durante su infancia. Había aprovechado sus considerables dones y talentos para escapar de su familia de origen, sólo para repetir esa situación familiar en todas sus relaciones posteriores. Una vez que tuvo clara su parte en la creación de situaciones de víctima por negarse a defenderse, ahora habla en su favor a los primeros indicios de malestar. También comprende que si sus capacidades son un problema para algún colega, eso no es algo que ella tenga que arreglar. Es ese colega quien debe enfrentarse a su envidia y su incapacidad para ver lo que esto le enseña. Betty no puede hacer eso por otra persona.

Paso 8: Buscar ayuda

> Pedir ayuda no significa que uno sea débil o incompetente. Normalmente indica un avanzado grado de sinceridad e inteligencia.
>
> ANNE WILSON SCHAEF

> No creemos en nosotros mismos mientras alguien no revele que en lo más profundo de nuestro interior hay algo valioso, digno de ser escuchado, digno de nuestra confianza, sagrado para nosotros. Una vez que creemos en nosotros mismos, podemos arriesgamos a la curiosidad, la admiración, el placer espontáneo o cualquier experiencia que revele un espíritu humano.
>
> E. E. CUMMINGS

Reservarse tiempo y dinero para ir a hablar con un oyente cualificado puede tener un valor incalculable. Esta persona puede ser un terapeuta, un sacerdote o un pastor, u otra persona digna de confianza. Estas sesiones pueden ser una manera de detenerse, revaluar la vida y darse a una misma, de modo regular, una atención muy necesaria. Muchos terapeutas han ayudado a personas a comenzar a mirar su vida con otros ojos y a efectuar cambios. Un buen terapeuta debería ser como una partera, una persona que está al lado mientras la otra da a luz lo mejor que tiene en sí misma. Linda Metcalf, mi profesora de escritura, fue todo lo que debe ser una terapeuta. Observaba mi crecimiento y me instaba a explorar más mis pensamientos. Nuestro trabajo juntas era una estructura en la que yo podía explorarme más a mí misma.

Una vez, cuando yo tenía unos catorce años y estaba triste por algo que ya ni recuerdo, mi padre me dijo lo importante que era expresar lo que sentía y «sacármelo del pecho» (la expresión «sacárselo del pecho» es una descripción muy precisa de cómo tratar los problemas del cuarto chakra, como la tristeza, que tienden a afectar a los hombros, el pecho y el corazón). Me dijo: «Noto en ti una tendencia a cerrarte y no decir lo que te pasa. Cuando haces eso impides que otras personas te ayuden». Fue un buen consejo. A todos nos viene bien revaluar nuestra vida y contar con una persona preparada que nos escuche de forma regular. Un apoyo de esta naturaleza debería incorporarse a la cultura. La comunidad se perdió en gran parte con la revolución

industrial y la consiguiente división entre trabajo, casa, vida privada y vida pública. En un mundo ideal no sería necesario acudir a terapeutas ni formar grupos de apoyo separados para enfermos de cáncer, personas que sufren de soledad o incluso para las que desean crear salud. Las culturas aborígenes han vivido durante siglos sin ninguna de las terapias que hemos inventado para arreglar una sociedad cuya visión básica del mundo favorece el mito del individuo fuerte que no necesita de nadie. ¡Con razón tanta gente busca la ayuda de terapeutas!

La dinámica del sexo y el poder influye potencialmente en todas nuestras relaciones, incluso en las «profesionales». Así, muchas mujeres han sido también explotadas sexualmente por terapeutas. En su libro *Sex in the Forbidden Zone* [Relaciones sexuales en el ámbito prohibido], el doctor Peter Rutter documenta casos de terapeutas, sacerdotes o pastores y otros confidentes que han estado liados sexualmente con sus clientes.[18] También documenta el comportamiento de las mujeres implicadas, muchas de las cuales habían tenido experiencias traumáticas en la infancia, como abusos sexuales, por ejemplo. Actualmente, el 10 por ciento de los psiquiatras reconocen haber tenido relaciones sexuales con una paciente; es más difícil obtener estos datos en otras especialidades, aunque se informa de un porcentaje similar de casos entre los ginecólocos y tocólogos. Es frecuente que una mujer que ha sufrido abusos sexuales o incesto adopte una actitud seductora para conquistarse la aprobación del terapeuta o pastor, porque la relación con esta persona es valiosa para ella. Si el terapeuta aprovecha eso como una oportunidad para una relación sexual, no sólo daña a la mujer, sino que también se daña a sí mismo.

Desde el inicio de Women to Women, mis socias y yo hemos trabajado regularmente con un terapeuta, para aprender a hablar con sinceridad entre nosotras y a tratar las emociones que se supone que las mujeres no hemos de tener, como la rabia. Nuestro terapeuta jamás ha tratado de cambiarnos ni «arreglarnos». Simplemente nos ha ofrecido un espacio seguro para que nos digamos lo que necesitamos decirnos, y expresemos los enfados sin preocuparnos de los sentimientos de la otra persona al mismo tiempo. Durante los primeros años, francamente no sabíamos que éramos capaces de una relación perfectamente funcional entre nosotras, incluso expresando nuestra rabia y nuestra decepción. No conocíamos ninguna técnica para romper nuestro viejo hábito de «ser simpáticas». Una vez hecho un concienzudo trabajo de recuperación de la codependencia (adicción relacional), ahora vemos que esas primeras sesiones de terapia fueron esenciales para poder ser sinceras entre nosotras. Una vez aumentadas nuestras habilidades de autoconocimiento, después hemos necesitado muchas menos sesiones. Nuestra «terapia» de grupo (ahora llamada «formación de equipo» en la profesión terapéutica) nos ayudó a crearnos independencia. Hemos sido capaces de interiorizar lo aprendido, y ahora podemos comunicarnos entre nosotras sin la asistencia de una persona de fuera.

Hay muchos tipos de terapias. Este campo ha ido cambiando a medida que iban evolucionado los conocimientos sobre la adicción, la recuperación y la influencia de los traumas de la infancia. En mi opinión, la terapia no es algo que deba durar años. Cuando eso ocurre se puede convertir en un proceso adictivo. Todas las relaciones, terapéuticas o de otro tipo, funcionan mejor cuando los participantes se consideran mutuamente seres completos con recursos y fuerzas interiores, que a veces necesitan una ayuda temporal.

Si bien la terapia individual suele ser el primer paso para muchas mujeres, algún tipo de trabajo en grupo, como los de Doce Pasos, puede ser muy poderoso y útil, ya que nos sirve para ver que nuestros problemas los tienen también muchas otras personas. Un miembro de Overeaters Anonymus [Comedores Compulsivos Anónimos] me dijo una vez: «La recuperación de la adicción es la respuesta de Dios a la comunidad». El trabajo en grupo es ciertamente una respuesta que está ayudando a millones de personas. La sabiduría práctica contenida en los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos es un modelo de cómo vivir conectados con la guía interior. Muchos otros grupos que utilizan el programa de Doce Pasos simplemente reemplazan la palabra «alcohólicos» por la que corresponda. El programa y los libros que hablan de él siguen siendo muy pertinentes y útiles. Los grupos nos sirven para liberarnos del «mito de la unicidad terminal», como lo llama una terapeuta amiga, mientras que la terapia individual para heridas como las del incesto puede aislar aún más a la mujer, porque «privatiza» lo que de hecho es un problema cultural y mundial. Parte del dolor de la adicción, el incesto u otro abuso sexual es que esté oculto. Imagínate el alivio de participar en un grupo de mujeres en el cual todas dicen: «¿Eso te ocurrió a ti también? Siempre pensé que yo era la única».

En mi experiencia he comprobado que las mujeres que tienen un historial de trauma se recuperan mejor con un tipo de terapia de grupo llamado «terapia conductista dialéctica». (Véase el caso de Elaine en el capítulo 8.) Esta forma de terapia no se centra exclusivamente en el trauma del pasado, sino que ayuda a la persona a desarrollar las habilidades necesarias para llevar una vida productiva y sana en el presente. He visto que en general no es útil para estas mujeres dedicar mucho tiempo a evocar el pasado, en donde es muy fácil quedarse estancada en el dolor y la inmovilidad. Estas mujeres con historias traumáticas necesitan

aprender a desarrollar las habilidades que no desarrollaron en su infancia. En la terapia conductista dialéctica, las mujeres aprenden a contestar a las siguientes preguntas y a tomar medidas eficaces y equilibradas.

- ¿Qué estoy sintiendo?
- ¿Cuál es la finalidad de este sentimiento?
- ¿Qué necesito hacer para encarar con eficacia este sentimiento?

He visto más mejoría en la vida de las mujeres con este tipo de terapia que con cualquiera de los otros. Estas técnicas son prácticas y útiles para todos, no sólo para las personas que tienen historias traumáticas.

Muchos pacientes de enfermedades crónicas o que ponen en peligro la vida también se reúnen regularmente para compartir no sólo sus lágrimas, sino también sus alegrías y risas. Este movimiento de base que se extiende por todo el país ha sido una fuente de crecimiento, consuelo y esperanza para muchas personas. Suelo enviar a mis pacientes a grupos de apoyo de todos los tipos que hay en nuestra comunidad, y también he participado yo en algunos de ellos. En estudios realizados por el doctor David Spiegal con pacientes de cáncer de mama metastásico, se comprobó claramente que aquellas que asistían a grupos de apoyo en que había apertura y participación emocional vivían el doble de tiempo que las que no participaban en grupos.[19] Si se hubiera demostrado que un fármaco tiene este efecto, podemos apostar a que su uso estaría muy extendido. Pero hasta la fecha, a la mayoría de las mujeres a las que se les diagnostica *cáncer* de mama no se las anima a buscar los beneficios para la salud de los grupos de apoyo.

Para muchas mujeres es importante pasar un tiempo en ambientes donde sólo hay mujeres. Cuando nos reunimos como mujeres, cada una tiene un trozo de la historia completa. Juntas sanamos más rápido que si permaneciéramos aisladas y separadas; las demás mujeres del grupo son como espejos donde podemos vernos con más claridad. Anne Wilson Schaef lo expresa así: «Si una persona te llama pato, no te preocupes. Si dos personas te llaman pato, piénsalo un poco. Si tres personas te llaman pato, comienza a buscarte plumas en la cola».

En las primeras fases del autoconocimiento, muchas veces las mujeres no dicen toda la verdad si hay un hombre presente. Lo mismo podría ocurrirles a los hombres. Hemos sido programadas para recortar las conversaciones de modo que se adapten al otro sexo. Para conocernos a nosotras mismas necesitamos ambientes en los que podamos ser verdaderamente nosotras mismas. Para muchas, durante un tiempo eso significa ambientes en los que se puede contar cualquier experiencia sin cambiar la historia para proteger a los hombres presentes. Este proceso me ha llevado al menos diez años y todavía no he terminado.

Annie Rafter, enfermera y una de las fundadoras de Women to Women, cuenta la siguiente historia: durante un verano ella y un grupo de amigas tripularon un velero y participaron en regatas. Notaron que si subía un hombre a bordo, automáticamente se sometían a él, entregándole el timón o esperando que él dijera cuál era la ruta correcta, antes de saber si era buen marinero o no. Al darse cuenta de esto, decidieron que durante una temporada debían navegar sin ningún hombre a bordo para poder convertirse en una tripulación unida. Así pues, durante esa temporada se atuvieron al acuerdo y aprendieron a confiar cada una en sí misma y entre ellas. A la siguiente temporada, ya podía subir quien quisiera a bordo, que ellas confiaban en sí mismas, mutuamente y en sus habilidades náuticas. Ya no entregaban automáticamente el mando a los hombres.

Durante la primera época de Women to Women solíamos decir: «Ningún hombre a bordo», recordando esta historia de Annie. Igual que su tripulación, necesitábamos aprender a confiar en nosotras y a mantener esa confianza entrara quien entrara en el edificio. Encuentro que trabajar en un ambiente de sólo mujeres me da el tiempo y el espacio que necesito para hablar de mis problemas de una manera que sencillamente no funciona con mi marido. A la mujer se le enseña que su marido debe ser su mejor amigo y su principal fuente de apoyo emocional; de vez en cuando esto funciona, pero no con frecuencia. Cuando confiamos en que los hombres nos van a apoyar emocionalmente, muchas veces terminamos desilusionadas. Si ya he tenido mi tiempo para «procesar» las cosas, no necesito que mi marido escuche los problemas que he tenido durante el día y me ofrezca consejos y apoyo. Nos encontramos como compañeros; comentamos nuestras respectivas jornadas y yo hablo de una manera totalmente distinta a como hablaría de ello con mis amigas. Al pasar mucho tiempo sólo con mujeres y tener su apoyo, no cargo mi principal relación hombre-mujer con necesidades que probablemente no están destinadas a ser satisfechas en esa relación.

Las reuniones y el apoyo del grupo ayudan a las personas a salir de su negación. Los programas de Doce Pasos y otros han ayudado a millones de personas a recuperar su fuerza y su serenidad interiores; ese debería ser el primer paso para cambiar y reanudar la vida. Para sanar realmente, cada una debe llegar a un

punto en que ya no se identifica con sus heridas. Eso no es fácil porque, como dice Caroline Myss, «aprendemos el idioma de las heridas como primera lengua y usamos las heridas para crear intimidad». La persona no sana totalmente ni reanuda su vida mientras continúe tomándose demasiado a pecho lo que le ha ocurrido y se identifique únicamente como víctima. Cuando la mujer se considera sólo una víctima, también ella suele convertirse en agresora. Es posible que embista contra cualquiera que se atreva a sugerirle que tiene sabiduría interior para cambiar. Hay que darse cuenta de cuándo es la hora de dejar el grupo y pasar a otra cosa. Hay que tener cuidado con las palabras que se usan; aunque al principio puede ser adecuado que la mujer se llame a sí misma «superviviente» de incesto o de cáncer de mama, después esa identificación con la herida puede impedirle ser la persona sana y entera que está destinada a ser. En algún momento descubrirá que le sirve más decir algo como: «Soy una mujer que ha experimentado el cáncer de mama o el incesto»; esto amplía sus opciones, mientras que la etiqueta «superviviente» puede limitárselas. Finalmente hemos de responsabilizarnos de nuestra vida y dejar de echarle la culpa de nuestros problemas a todo, desde las adicciones y el incesto al sistema político y el entorno. Ver nuestros comportamientos disfuncionales, trabajar con ellos y liberarnos de ellos es un proceso.

Paso 9: Trabajar con el cuerpo

El rolfing es psicoterapia para el cuerpo.

PAULANNE BALCH

Para algunas mujeres sencillamente no es suficiente hablar las cosas. Una mujer me dijo: «Sé todo lo que me ocurrió cuando era niña y con mi marido, pero hablar de ello no cambia nada. Tengo la impresión de andar en círculos». Cuando ocurre esto, solemos obsesionarnos y nos da la impresión de que las ruedas giran en el aire. Es fácil quedarse atascadas en la «adicción a pensar», una especie de rueda bloqueada en el cerebro que nos mantiene dando vueltas y más vueltas en círculo.

Gran parte de la información que necesitamos para sanar está encerrada o bloqueada en nuestros músculos y otras partes del cuerpo. Un buen masaje suele liberar viejos bloqueos de energía y nos permite llorar o librarnos del dolor crónico de «sostener el mundo sobre los hombros». Hay muchos tipos de trabajo corporal beneficiosos, desde la terapia de la polaridad hasta el método Feldenkrais. El trabajo corporal se puede clasificar en dos tipos diferentes: trabajo corporal físico (por ejemplo el rolfing, la osteopatía clásica y el masaje) y trabajo corporal energético (por ejemplo el reiki, la acupuntura y el toque terapéutico). Aunque no voy a hablar de ellos por separado, quiero hacer esta distinción.

El trabajo en y con el cuerpo puede ser una oportunidad para comprender y experimentar la unidad de nuestro «cuerpomente». Estas terapias suelen ser muy relajantes y le dan a nuestro cuerpo la posibilidad de descansar y dormir, que es cuando se hace la mayor parte del trabajo de reparación del cuerpo. La acupuntura va bien para todo tipo de problemas que no se tratan fácilmente mediante los métodos médicos ortodoxos. Me gustaría que en los hospitales se usara, así como los otros muchos tipos de trabajo corporal físico y energético.

Envío a muchas pacientes a sesiones de trabajo corporal de diferentes tipos y estoy muy contenta con los resultados. Para encontrar el método de trabajo corporal adecuado para ti, te recomiendo el libro de Mirka Knaster *Discovering the Body's Wisdom* [Descubrir la sabiduría del cuerpo], en el que habla de más de cincuenta formas de trabajo corporal y también explica bellamente cómo y por qué dan resultado estos métodos. Yo voy a hacerme un masaje completo una o dos veces al mes; lo considero una parte de mi programa de mantenimiento de la salud general.

Este mes prográmate por lo menos un masaje de los hombros o los pies. También puedes intercambiar masajes con una amiga. Ve aumentando hasta hacerte un masaje completo regularmente.

Paso 10: Reunir información

En la actualidad hay más libros de interés para las mujeres que en ninguna otra época de la historia. En Women to Women solíamos tener una lista de lecturas, pero descubrimos que era casi imposible tenerla al día, con la gran cantidad de información que se publica. Así pues, ahora sencillamente informamos a nuestras pacientes de nuestros libros favoritos sobre temas determinados y ellas a su vez nos dicen qué libros han leí-

do. (En la sección Recursos, encontrarás algunos.) Por nuestras pacientes nos enteramos de muchos libros y artículos, y ese constante intercambio de nuevas informaciones y pensamientos es una parte muy querida de nuestra numerosa comunidad. Dado que abundan los libros de especial interés para las mujeres, te recomiendo que vayas a tu librería o biblioteca y te sirvas de tu guía interior para elegir. Reconoce que tienes la sabiduría para elegir el libro adecuado en el momento oportuno. Permanece un rato ante los libros y mira unos cuantos títulos; ve cuáles te hablan; elige los que te parezcan adecuados y te atraigan. No puedes equivocarte.

Es una poderosa experiencia que las mujeres comencemos a recuperar nuestra olvidada historia leyendo acerca de nuestro cuerpo, la menstruación, el nacimiento y las diosas, todo ello escrito desde el punto de vista de una mujer. Uno de los grandes regalos del movimiento feminista de los años setenta fue el de derribar la mentalidad patriarcal establecida, que durante siglos se consideró «la verdad» o «así es como son las cosas». Ursula K. LeGuin señala que el 50 por ciento de los escritores son mujeres, pero que el 90 por ciento de lo que llamamos «literatura» está escrito por hombres.

Estos libros han ayudado a toda una generación de mujeres a repensar nuestra historia y el modo como esta ha influido en nuestra vida, libros que van desde *Our Bodies, Ourselves*, del Boston Women's Health Book Collective, que reclama una muy necesitada revaluación de la atención médica a las mujeres, hasta *The Chalice and the Blade*,* de Riane Eisler.[20] Por medio del poder de la pluma recibimos apoyo para nuestro viaje unidas.

Los muchos nuevos libros sobre la conexión cuerpo-mente son también de gran ayuda a las mujeres para reforzar su propia experiencia. Los libros son fabulosos compañeros para muchas mujeres solas que aún no se han encontrado las unas a las otras o no han entrado en comunidades. Leer y reunir información es un primer paso, nada amenazador, en el viaje de sanación. Muchas de mis pacientes se pasaron años leyendo todo lo que encontraban hasta sentirse preparadas para entrar en un grupo o buscar otro tipo de apoyo o hermandad.

Paso 11: Perdonar

> Hemos de permitirnos sentir toda la dolorosa destrucción que deseamos perdonar y no tragárnosla negándola. Si no la encaramos, no podemos elegir perdonarla.
>
> KENNETH MCNOLL, *Healing the Family Tree* [Sanar el árbol familiar]

El perdón nos libera. Nos sana el cuerpo y la vida. Pero es también el paso más difícil que hemos de dar en el proceso de sanación.

Requiere muchísima energía excluir a alguien del corazón. El programa de los Doce Pasos enseña que hemos de hacer las paces con nosotros mismos, no necesariamente disculpar a la otra persona. Pero cuando disculpamos a quienes nos han herido, ambas partes quedan liberadas. Perdonar y disculpar son dos cosas que están totalmente relacionadas. Guardar rencor y tener odio o resentimiento nos hace daño a nosotros, al menos tanto como a la otra persona.

El perdón nos mueve la energía hacia la zona del corazón, el cuarto chakra. Cuando la energía va hacia allí, no nos duelen tanto las heridas, y podemos sanar. El perdón es la iniciación del corazón, y es muy poderoso. En estudios científicos se ha comprobado, por ejemplo, que cuando pensamos con el corazón dedicando un momento a concentrarnos en alguien o algo que amamos incondicionalmente (como un niño pequeño o un animalito doméstico), el ritmo del corazón se vuelve uniforme y más sano; también cambian y se normalizan los niveles hormonales. Cuando a una persona se le enseña a pensar con el corazón regularmente, puede incluso dar marcha atrás a una enfermedad cardiaca y a otros trastornos relacionados con el estrés. El campo electromagnético del corazón es cuarenta veces más fuerte que el campo electromagnético producido por el cerebro; para mí, esto significa que la calidad del corazón, cuando está latiendo en armonía con la energía del aprecio, puede influir positivamente en todas las células de nuestro cuerpo, y en las de los cuerpos de las personas que nos rodean.[21]

Cuando recuerdo mi absceso en el pecho, siento una gran compasión por mí y me perdono. ¿Cómo podía haber sabido lo que hacía? No tenía ningún modelo de ginecóloga para el equilibrio entre el trabajo y la maternidad. Me he perdonado, y porque me he perdonado también he perdonado a los colegas que tenía en aquel tiempo. Me he pasado unos seis años luchando con el concepto del perdón. La primera vez que escribí

---

* Hay traducción al castellano: *El cáliz y la espada: la alternativa femenina*, H. F. Martínez de Murguía, Madrid, 1996.

este capítulo ni siquiera pensaba en incluir este paso, porque el concepto del perdón está muy mal entendido y mal usado; el mal uso del perdón puede mantener enfermas a las mujeres. Cuando perdonamos a alguien porque creemos que eso es lo correcto, simplemente pasamos por un aro socialmente aceptable que no cambia nada. Alice Miller señala que cuando se les pide a los hijos que perdonen a padres abusivos sin primero experimentar sus emociones y su dolor, el perdón se convierte en otra arma para silenciar. Apresurarse a perdonar en esas circunstancias en realidad no es perdonar, sino simplemente otra forma de negación. Muchas mujeres creen que perdonar a alguien que les ha hecho daño es lo mismo que decir que lo que les ocurrió está bien y que no les hizo daño. Nada puede distar más de la verdad. A muchas mujeres las han sometido lavándoles el cerebro con ese perdón mal entendido. Para llegar al perdón, primero tenemos que trabajar las dolorosas experiencias que lo hacen necesario. Perdonar no significa que lo que nos ocurrió estaba bien; simplemente significa que ya no estamos dispuestas a permitir que esa experiencia afecte adversamente a nuestra vida. Perdonar es algo que hacemos, en último término, por nosotras mismas.

Hace poco vi a una mujer que sufría de migrañas cada vez más fuertes. También tenía vaginitis crónica, alergias múltiples y otros problemas. Era una perfeccionista y normalmente se ocupaba de demasiadas cosas en su trabajo. Para hablar modulaba muy bien y hacía muchos gestos con la cara. En el cuestionario de admisión escribió que su padre, sus abuelos materno y paterno, sus tres hermanos y todos sus tíos eran alcohólicos, y que casi desde que nació su madre le había exigido que actuara como una adulta: «Nunca me dejaba jugar. Tenía que tener la casa limpia y ordenada». Muy convencida afirmaba que «ninguno de esos alcohólicos tuvo ningún efecto en mí durante el tiempo que viví en casa». Su negación estaba muy claramente instalada mientras su cuerpo le gritaba para atraer su atención. Perdonar a sus padres sería ridículo en su caso. Eso simplemente le construiría otra capa más de armadura intelectual. Esa mujer primero tiene que reconocer que el comportamiento de sus padres tuvo en ella un efecto muy adverso. El perdón es sin duda prematuro cuando la mujer ni siquiera reconoce que tiene un absceso emocional, que ciertamente tiene que ser limpiado.

El verdadero perdón, por otro lado, nos cambia en un plano muy profundo. Nos cambia el cuerpo. Es una experiencia de gracia. Mientras escribo me siento conmovida hasta las lágrimas por lo sagrado que es en realidad el perdón. Hace unos años experimenté esto profundamente, cuando un cirujano me denunció al Consejo Médico de Maine. Una de sus pacientes había venido a consultarme. Tres meses antes lo había consultado a él por un dolor abdominal, pérdida de peso y la reducción del calibre de sus heces. Él quiso hacerle una colonoscopia (exploración del colon con un catéter de fibra óptica para ver si hay algún problema, como cáncer, por ejemplo), pero no logró introducir el instrumento en todo el colon. Le dijo que debía hacerse una operación para extirpar una parte del colon, porque estaba casi seguro de que tenía un cáncer y que este era la causa de sus síntomas.

Ella se fue a su casa, cambió totalmente su dieta por una macrobiótica, y al cabo de tres meses ya había recuperado el peso perdido, le habían desaparecido los dolores abdominales y las heces volvían a ser normales. Todo esto ocurrió antes de que me fuera a ver a mí. Cuando la visité, estaba sana, vital y decidida a evitar la operación. Dada su gran mejoría, quería saber mi opinión respecto a si todavía necesitaba la operación.

Yo le dije que nadie puede estar seguro de si tenía o no cáncer sin hacerle más exámenes. Ya había corrido un riesgo al no operarse antes, pero, por otro lado, las medidas que había tomado ciertamente habían eliminado todos los síntomas que la llevaron a consultar al médico. Era posible que no tuviera cáncer, sino una diverticulitis (infección del colon cuyos síntomas pueden hacer pensar que es cáncer) que ya estaba curada.

Decidió seguir con su dieta y repetirse la colonoscopia pasados unos meses. Después de todo, era su cuerpo, y se sentía mejor de lo que se había sentido en años. Comprendía que su decisión estaba en franca contradicción con lo que le había dicho el cirujano, pero en esos momentos él no sabía nada de su sorprendente mejoría. Yo estaba segura de que cuando él la viera estaría de acuerdo en aplazar la operación y repetir los exámenes. Puesto que creo que a las personas les va mejor cuando están atendidas por un equipo médico informado, le envié al cirujano una copia de nuestra conversación.

Resultó que él se enfureció conmigo por no haberla «obligado» a hacerse la operación, y por lo tanto me denunció a nuestro Consejo Médico estatal. Yo tuve que enviar un informe de mi parte de la historia y esperar que el Consejo me citara para una vista. El Consejo sólo se reunía cada tres meses, de modo que tenía tiempo de sobra para sudar la gota gorda por mi situación. Estaba segura de que una queja en mi contra presentada por un médico sería tomada muy en serio, y me sentía aterrada.

Este acontecimiento fue la lección más difícil que he tenido en mi carrera. Me había pasado toda la vida intentando hacer méritos. Venía de una tradición familar de «buenos médicos». Sin embargo, ahí estaba la

manifestación de mi peor temor: las autoridades iban a decir que era una «mala» médica y que no podría ejercer la medicina de modo coherente con mis creencias sobre la sanación; y peor aún, que mis pacientes no tendrían tampoco esa opción para su cuerpo. Trabajé con mi miedo y lo sentí diariamente durante semanas. Sabía que si lograba cambiar lo que sentía por dentro algo cambiaría en el mundo exterior. Eso había formado siempre parte de mi credo. Había llegado el momento de ponerlo a prueba de una manera muy práctica.

En parte, la sanación consiste en «soltar», abandonar la ilusión de control. Para mí ese soltar fue esta conclusión: si no podía ejercer la medicina de una manera coherente con el poder sanador del cuerpo humano y la libertad de elección de la persona, entonces de buena gana renunciaría a mi licencia. Durante este proceso recibí ayuda y apoyo de mis colegas y pacientes, quienes me dijeron que testificarían en mi defensa si era necesario. La doctora Nancy Coyne me dijo que si tenía que presentarme, ella se encargaría de que el lugar estuviera «abarrotado de feministas» en mi apoyo. Siempre estaré agradecida por todo eso.

Un día, mientras escribía, espontáneamente comencé una carta dirigida al cirujano que me había denunciado: «Estimado doctor M., conozco sus temores, sé por qué está preocupado...». Mientras escribía, sentí compasión por ese hombre. Sabía quién era. Me pareció un hombre asustado que está luchando por el control, y lo perdoné. Continué escribiendo y de pronto noté que, por primera vez en semanas, se me distendía el plexo solar, al disiparse el miedo alojado allí. Fue una sensación física, no un ejercicio intelectual. Y al mismo tiempo supe que todo iría bien, fuera cual fuera la decisión del Consejo.

Al día siguiente, uno de mis colegas que pertenece al Consejo me vio en el hospital y me dijo: «Por cierto, el Consejo decidió por unanimidad no aceptar tu caso. Les pareció que el cirujano está muy descaminado».

No tuve que presentarme ante el Consejo ni defenderme de ninguna manera. Confirmaron el derecho de mi paciente a la atención médica informada y mi derecho a darla.

Se acabó mi sufrimiento. Lo más increíble de esta experiencia fue la sensación física de liberación en el plexo solar cuando finalmente sanó mi miedo y sentí compasión por mi adversario. De ella aprendí que el perdón es algo orgánico, y que es físico además de espiritual y emocional. Mi intención había sido sanar mi situación, no necesariamente perdonar al cirujano. Pero después aprendí que la única manera de sanar la situación era retirar mi energía de ella y perdonar a mi denunciante. Aprendí que el perdón aparece sin ser invitado, viene solo, cuando estamos comprometidas a sanar. Sin embargo, para experimentar el perdón, primero hemos de comprometernos a sanar y a disculpar, cuando es necesario.

Nunca tuve la intención de sentir compasión por ese médico y perdonarlo. Lo que sí quería era librarme del nudo que tenía en el plexo solar. Eso lo hice estando dispuesta a permanecer con el nudo, a dialogar con él y aprender de él. En el fondo creía que podía aprender de esa experiencia y que en realidad debía aprender, para no tener que repetirla de una u otra manera.

Aunque no recomiendo la experiencia de ser denunciada a un consejo médico para el crecimiento personal, fue una de las experiencias más liberadoras de mi vida. Me vi ante uno de mis peores temores, estuve con él y lo transformé. Dos meses después se repitieron los exámenes de la paciente en otro hospital. Tenía el colon perfectamente normal, sin el menor indicio de tumor. Probablemente nunca tuvo cáncer, sino sólo una inflamación del colon. Continúa estando bien. Mi marido me sugirió después que denunciara al cirujano a su Consejo de Massachusetts y preguntara si el criterio médico en ese estado era extirpar un colon normal. Yo le contesté: «No. Es necesario que la guerra acabe en algún momento. Yo la voy a parar». Lo que sí hice, sin embargo, fue enviarle una nota al doctor M. con copias de los exámenes normales de la paciente, y añadí: «Es milagrosa la capacidad de curación del cuerpo humano, ¿verdad?».

Stephen Levine nos enseña que el perdón es milagroso para el equilibrio. A la mayoría de nosotros, nos recuerda, no se nos ha educado para trabajar con el resentimiento. Levine nos da la siguiente meditación.[22] Trata de incorporarla a tu vida en una sesión diaria. Funciona; pruébala. Léela lentamente o pídele a una persona amiga que te la lea:

Cierra los ojos.
Piensa un momento en lo que podría significar la palabra «perdón».
¿Qué es el perdón?
Ahora, muy suavemente, sin forzarlo, sólo como un experimento sobre la verdad, por un momento, deja entrar en tu mente la imagen de alguien a quien guardas mucho rencor, una persona contra la que sientes rabia y de la que estás distanciada… Déjala entrar suavemente en tu mente, muy suavemente, como una imagen, como un sentimiento.
Tal vez la sientas en el centro del pecho, como miedo, como resistencia. Comoquiera que se manifieste en tu «cuerpomente», sencillamente invítala a entrar, muy suavemente, durante este momento, durante este experimento.
Y en tu corazón dile en silencio: «Te perdono».

«Te perdono lo que sea que hayas hecho en el pasado que me causó dolor, con o sin intención. Comoquiera que me hayas causado dolor, te perdono.»
Háblale amablemente en su corazón con tus palabras, a tu manera.

Dile en tu corazón: «Te perdono lo que sea que hayas hecho en el pasado que me causó dolor, con palabras, con actos, con pensamientos, con intención o sin intención. Te perdono. Te perdono».
Permite que el perdón toque, durante un momento al menos, a esa persona. Permítete el perdón.
Es muy doloroso excluir a alguien del corazón. ¿Cómo puedes aferrarte a ese dolor, a ese resentimiento un solo momento más?
El miedo, la duda... déjalos marchar... y durante este momento, toca a esa persona con tu perdón.
«Te perdono.»
Ahora déjala marchar suavemente, que se vaya en silencio. Que se vaya con tu bendición.
Ahora imagínate a una persona que te guarda mucho rencor a ti. Siéntela, tal vez en tu pecho, viéndola en tu mente como una imagen, una sensación de su ser. Invítala a entrar amablemente.
Una persona que tiene resentimiento, rabia, una persona que no quiere perdonarte.
Déjala entrar en tu corazón.
Y en tu corazón dile: «Te pido perdón, por lo que sea que haya hecho en el pasado que te causó dolor, con o sin intención, con mis palabras, con mis actos, con mis pensamientos. Comoquiera que te haya causado dolor, te pido perdón. Te pido perdón».
«Comoquiera que te haya causado dolor, con o sin intención, a causa de mi rabia, mi miedo, mi ceguera, mi pereza: te pido perdón.»

Permítelo. Deja entrar ese perdón. Déjate tocar por su perdón. Si tu mente te hace surgir pensamientos de egoísmo o dudas, simplemente ve lo profunda que es nuestra falta de piedad con nosotros mismos, y ábrete al perdón.
Permítete ser perdonada.
Permítete ser perdonada.
«Comoquiera que te haya causado dolor, te pido perdón.» Permítete sentir ese perdón.
Permítelo.
Permítelo.
Y suavemente, suavemente, deja marchar a esa persona por su camino del perdón, de su perdón para ti, con sus bendiciones.

Y ahora entra en tu corazón y perdónate, diciéndote: «Te perdono».
Lo que sea que trate de impedir eso —la falta de piedad, el temor—, déjalo marchar.
Permítete ser tocada por tu perdón y tu piedad.
Y suavemente, en tu corazón, llamándote por tu nombre de pila, di: «Te perdono».
Es muy doloroso excluirse a uno mismo de su corazón.
Invítate a entrar, déjate entrar. Déjate tocar por tu perdón.
Deja entrar la sanación.
Di: «Te perdono».

Que ese perdón se extienda a todos los seres que te rodean.
Que todos los seres se perdonen a sí mismos.
Que descubran la alegría.
Que todos los seres se liberen del sufrimiento.
Que todos los seres estén en paz.
Que todos los seres sean sanados.
Que sean uno con su verdadera naturaleza.
Que estén libres de sufrimiento.
Que estén en paz.
Que esa bondad amorosa, ese perdón, se extienda a todo el planeta, a todos los planos de la existencia, visibles e invisibles.
Que todos los seres se liberen del sufrimiento.
Que conozcan el poder del perdón, de la libertad, de la paz.
Que todos los seres visibles e invisibles, de todos los planos de la existencia, conozcan su verdadero ser.
Que conozcan su grandeza, su infinita paz.
Que todos los seres sean libres.
Que todos los seres sean libres.

Paso 12: Participar activamente en la propia vida

Yendo en pos de lo que nos fascina, contribuimos a unir el universo. La unidad del mundo se apoya en el obrar conforme a la pasión.

BRIAN SWIMME

Cree en ti. Alguien tiene que dar el primer paso.

Encontrado en una bolsa de té
durante un congreso sobre la autoestima

Cuando mi hija mayor tenía nueve años, me recordó lo bellamente que estamos equipadas con la capacidad innata de vivir la vida en plenitud, valorándola a medida que avanzamos. El lunes de Pascua bajó saltando las escaleras y exclamó: «¿No te encanta cuando te sientes bien, te ves bien y además tienes la habitación limpia?».

Regularmente observa a los niños durante un rato y comenzarás a ver qué cualidades necesitas incorporar para despertar tu alma y tu sistema inmunitario. La mayoría de los niños pequeños saben exactamente qué quieren. Todos nacemos con la capacidad de saber qué queremos; después se nos condiciona socialmente a creer que no podemos tener lo que deseamos, y así poco a poco vamos desechando nuestros deseos más íntimos y la pasión de nuestra vida, para evitar la desilusión.

En su libro *The Arrogance of Humanism* [La arrogancia del humanismo], David Ehrenfeld escribe:

> Nuestra civilización está llegando a equiparar el valor de la vida con la mera evitación de la muerte. Un objetivo vacío e imposible, una tonta búsqueda de la nada ha venido a reemplazar el placer de vivir que está latente en todos nosotros. Cuando se vuelva a aceptar la muerte como una de las muchas partes importantes de la vida, entonces la vida recobrará su emoción y no se desperdiciará el trabajo de los buenos médicos.[23]

En la parte superior de una hoja de papel, escribe: «Me propongo recibir...» o «Quiero recibir...» y añade lo que deseas. Por ejemplo: «Me propongo recibir un cuerpo fuerte y sano». Observa que la palabra «recibir» indica que no tienes que «trabajar» por ello; sólo has de permitirle que venga. Esta es la modalidad receptiva femenina, que tanto suele faltar en nuestra cultura. Ahora escribe por qué quieres eso, para poder literalmente sentir la emoción generada por tu entusiasmo. Es el sentimiento y la vibración del sentimiento lo que tiene el poder de atraerte esas circunstancias. Un ejemplo: «Quiero recibir esto porque deseo sentirme poderosa. Quiero que mi cuerpo sea un instrumento que esté muy sintonizado con mis necesidades. Quiero un cuerpo que sea un reflejo de la belleza que hay en mi interior. Quiero un cuerpo que sea capaz de llevarme adonde yo quiera ir. Quiero un cuerpo que tenga mucha energía y resistencia para poder disfrutar más plenamente de mi vida».

La energía emocional positiva generada por esa experiencia, literalmente comienza a atraerte la experiencia de salud. Piensa y concéntrate con frecuencia en lo que deseas, y así crearás un campo magnético invisible que te atraerá eso (a no ser que lo bloquees constantemente con otros pensamientos, como: «Bueno, lo deseo, pero jamás lo tendré»).

Cada día dedica unos cuantos minutos a concentrarte en lo que deseas y en cómo te vas a sentir cuando lo tengas. Nunca podrás sentirte feliz y satisfecha en el futuro si no puedes sentir cómo es eso ahora. Es necesario que tus pensamientos y emociones estén en armonía con ese deseo. Si dices que deseas un cuerpo sano, pero en el fondo piensas que no te lo mereces o que la enfermedad es un castigo de algún tipo, vas a crear un mensaje contradictorio y los resultados no serán ni de cerca tan buenos.

Durante treinta noches consecutivas, antes de quedarte dormida, piensa y di para ti misma: «Me propongo tener una salud vibrante». Durante el sueño tu intelecto se calla, y tu guía interior toma el mando. Mientras duermes, quedará programado en tu «cuerpomente» tu voluntad de conseguir o mantener la salud. Haz la prueba y ve qué ocurre.

Piensa en recibir alegría. Piensa en recibir alivio. Piensa en recibir apoyo. En tus quehaceres cotidianos, usa el poder de tu intención para allanarte el camino.

Durante el día observa con qué frecuencia tus pensamientos sobre lo que deseas se vuelven hacia lo negativo; amablemente hazlos volver a lo positivo. Adquiere el hábito de concentrarte en lo que funciona bien en tu vida. Cultiva el hábito de advertir lo bueno y agradecerlo. Un maestro llamado Abraham dice que «la gratitud es la emoción más fuerte que tenemos para atraernos lo que deseamos».[24] Cuando mires a las personas, los lugares y las cosas para valorarlos y agradecerlos y aprendas a agradecer todos los aspectos de tu vida que funcionan bien, te atraerás más de lo que te gusta y menos de lo que no te gusta. Comienza por advertir las cosas pequeñas, como lo agradable que sientes las sábanas en los dedos de los pies por la noche o la almohada bajo la cabeza.

Recomiendo encarecidamente no ver las noticias por la televisión, no oírlas por la radio ni leerlas en los periódicos, al menos durante un mes. Ponte música al despertar en lugar de las noticias de la radio o la

televisión. Cuando hagas eso, eliminarás un importante impedimento para sintonizar con tu guía interior: la sobrecarga de información negativa. Los seres humanos no fuimos hechos para actuar de receptores de las malas noticias de todo el planeta. Para la mayoría, nuestra vida cotidiana y la de nuestra familia y nuestros compañeros de trabajo nos ofrecen suficientes oportunidades de ayudar y sanar. En esta esfera podemos contribuir con algo. Y si cada cual cuida de su familia inmediata, su trabajo y su comunidad, la comunidad planetaria cuidará de sí misma. Pero esto no lo podemos hacer bien si nuestros pensamientos están continuamente sobrecargados de malas noticias con respecto a las cuales no podemos hacer nada. Evita conscientemente la sobrecarga de información hasta que puedas ver las noticias sin sentirte mal, asustada o inquieta. De otra manera te estarás poniendo en peligro.

Si cada mañana despiertas con una música suave o el silencio, serás más capaz de recordar tus sueños. Con el tiempo comprobarás que no se pierde gran cosa al evitar las noticias. Siendo la cultura como es, siempre habrá alguien que te informará de lo que está pasando «fuera». Siempre descubrirás lo que vale para ti y lo que necesitas saber. Pero tendrás la ventaja de tener una relación contigo misma mucho más íntima que la que tienen la mayoría de las personas. Yo llevo alrededor de tres años siguiendo un «régimen» principalmente libre de noticias. Me parece increíble el cambio que eso ha significado para mis pensamientos, mis sueños y mi bienestar general. Ahora, cuando veo la televisión o leo el periódico, no me lo tomo muy en serio y soy muy selectiva. Me he demostrado, más allá de toda duda, que mi capacidad para crear la vida que deseo eligiendo selectivamente aquello en que voy a centrar mi atención es la fuerza creativa más poderosa en mi vida.

Escribe los objetivos de tu vida. El último día del año escribo mis objetivos para el año nuevo. Llevo diez años haciéndolo. Al mismo tiempo escribo un plan para cinco años y otro para diez años. Actualmente en mi familia hacemos esto como una ceremonia familiar anual. Al mirar hacia atrás, lo maravilloso es que he realizado casi todos mis objetivos, incluso aquellos que después he olvidado. El propio proceso de escribirlos y pensar en ellos pone en movimiento algo mágico. Ese «algo» mágico es el poder de la voluntad, de la intención, el poder creador que tienen nuestros pensamientos.

Acostúmbrate a fijarte en lo que deseas; así es como descubrirás tu pasión. Tal vez necesitas llevar faldas más ondulantes, caminar más bajo el sol, andar más por caminos de tierra. La mayoría de las personas descubren que cuando tienen suficiente alegría su vida está llena de abundancia. Te garantizo que en algún lugar dentro de ti ya sabes lo que necesitas y deseas. Si cualquier cosa fuera posible, ¿cómo sería tu vida?

Acabas de leer los doce pasos para crear salud. Algunos te atraerán y otros no. Fíate de lo que sientes; enorgullécete por permanecer con el sentimiento. Para tu comodidad, a continuación te ofrezco el resumen de los pasos:

Pasos para sanar
Preparación: Imaginar el futuro
Paso 1: Tener clara la propia historia
Paso 2: Revisar las creencias
Paso 3: Respetar y liberar las emociones
Paso 4: Aprender a escuchar al cuerpo
Paso 5: Aprender a respetar al cuerpo
Paso 6: Reconocer un Poder Superior o Sabiduría Interior
Paso 7: Recuperar la totalidad de la mente
Paso 8: Buscar ayuda
Paso 9: Trabajar con el cuerpo
Paso 10: Reunir información Paso 11: Perdonar
Paso 12: Participar activamente en la propia vida

Espero que leer este capítulo te haya:

- movido algunos bloqueos que necesitaban un reajuste;
- tranquilizado asegurándote que estás bien encaminada;
- tocado tu rabia;
- hecho saltar lágrimas;
- hecho reír;
- estimulado e inspirado.

Esto es la vida: crecer, cambiar, moverse y crear cada día. Tal vez necesites cantar, tal vez necesites correr. No esperes. La vida no es una urgencia, pero tampoco ofrece ninguna garantía de que va a continuar eternamente. ¿Cómo deseas sentirte? Imagínate con frecuencia sintiéndote así. ¿Qué medidas necesitas tomar en estos momentos para vivir más plenamente? ¿Lo has descubierto?

Ahora, da un paso hacia eso.

Mis mejores deseos.

16
Aprovechar al máximo la asistencia médica

Elección de médico

Uno de los instrumentos más poderosos para sanar es formar una buena sociedad con un equipo médico en el que todos sus miembros respeten la capacidad del cuerpo para sanar y mantener la salud y estén dispuestos a trabajar unidos para facilitar ese proceso.

Los profesionales de la salud deben tener conciencia de lo poderosas que son sus palabras. Lo comprendan o no, sobre sus hombros descansa la capa del chamán. Sus palabras tienen el poder de sanar o destruir, debido en parte a la vulnerabilidad relacionada con la enfermedad y con nuestro cuerpo. Las palabras del profesional han de ser veraces y al mismo tiempo elegidas para apoyar la curación. Norman Cousins escribe: «El médico sabe que es la receta en sí, más que lo que está escrito en ella, lo que suele ser el ingrediente esencial para capacitar a un enfermo a librarse de su dolencia. No siempre son necesarios los medicamentos; sí es siempre necesaria la fe en la curación. Así pues, el médico puede recetar un placebo en los casos en que tranquilizar al paciente es más útil que una píldora de nombre famoso tres veces al día».[1] El efecto placebo es físico.[2] El efecto de trabajar con un sanador en quien se tiene confianza y fe también es físico, y forma parte de la curación tanto como la modalidad de tratamiento que se elija. Hay personas que han descrito las palabras de su médico como algo que les abrasa el alma. Es necesario que cuando se deba elegir un profesional de la salud, se haga con cuidado y deliberadamente.

Una de las preguntas más corrientes que me hacen es: «¿Hay algún doctor como usted en Nueva York?», o en California o en otra parte. Muchas pacientes valoran un sistema que respete su sabiduría interior, reconozca los mensajes que contiene la enfermedad y complemente la medicina ortodoxa con otras modalidades. Está surgiendo con rapidez una nueva «tercera línea» de médicos abiertos a este enfoque. También veo que los estudiantes de medicina que conozco están más abiertos que nunca a practicar lo que algunas personas llaman «medicina complementaria»: la unión de lo mejor de ambos mundos, de la medicina alopática ortodoxa y la llamada medicina alternativa. Mis colegas del Colegio Médico Holista, médicos y osteópatas, comparten mi enfoque y mi formación. Muchos otros, formados en diferentes disciplinas, también comparten este enfoque.

Hay muchísimos médicos profundamente comprometidos y humanitarios en Estados Unidos que no se identifican necesariamente con el enfoque holista. La gran mayoría de médicos de cabecera que conozco tienen una intrínseca orientación holista y están abiertos a nuevas ideas. Esto se debe a que la formación para médicos de cabecera acentúa la importancia del sistema familiar en la salud. Esta orientación lleva de un modo muy natural a una apertura para explorar los aspectos ocultos de la enfermedad y la conexión mente-cuerpo.

El médico con el que estás trabajando ahora podría muy bien estar abierto a tus ideas sobre tu enfermedad y dispuesto a seguir tu nuevo camino. Los siguientes son algunos de los pasos convenientes para encontrar al médico o profesional de la salud adecuado para ti.

1. *Conseguir buenas recomendaciones.* Cuando se busca un especialista u otro tipo de profesional de la salud, hay dos tipos de recomendaciones que considerar: las de los pacientes (o clientes) satisfechos y las de otros médicos. Si un profesional de la salud practica la medicina alternativa, puede hacer su trabajo dentro o fuera de la corriente principal de la comunidad médica; por este motivo, es posible que tu médico de cabecera no conozca a un buen acupuntor o masajista. Pero eso no significa que no los haya. Al principio, en Women to Women la mayoría de nuestras dientas venían por recomendaciones de otras mujeres; con los

años, las recomendaciones y envíos de pacientes por parte de médicos y otros profesionales de la salud han aumentado hasta llegar a ser alrededor de un 20 por ciento del total. Esto significa que la fuente principal de nuevas pacientes siguen siendo las recomendaciones dadas por mujeres a otras mujeres. Así pues, pregunta a tus amigas a qué médicos ven y por qué. Y si se trata de médicos de tu zona, ve si logras encontrar a una enfermera que haya trabajado con esos médicos en tu hospital favorito para que te recomiende alguno.

Si buscas a un profesional de la medicina alternativa, un buen lugar para comenzar la indagación, además de las amigas, es la tienda de alimentos dietéticos de tu localidad o tu barrio. Muchas veces, las personas que trabajan en esas tiendas saben qué médicos hay en la zona. También puede que tengan un tablero de anuncios en el cual faciliten esta información. Y cada vez son más los terapeutas o médicos alternativos que dan clases en centros para jóvenes, institutos, universidades y programas de educación para adultos. Asistir a clases de yoga, masaje, tai chi y otras modalidades es una muy buena manera de descubrir quién hace qué en la zona, porque las personas interesadas en la medicina complementaria tienden a conocerse entre ellas.

2. *Credenciales*. El título o diploma es una prueba de que el médico ha aprobado un buen número de exámenes cualificadores que dan fe de su competencia para ejercer en el campo de la salud que ha elegido. Habiendo pasado por ese proceso, puedo atestiguar el rigor con que se hace. Evidentemente vas a querer saber qué formación ha recibido un especialista, y la mayoría de los buenos ponen esa información en sus notas de presentación. Las credenciales varían ampliamente en el campo de la medicina alternativa, y en algunos casos esto todavía no está organizado, aunque está cambiando rápidamente. El Colegio de Médicos Holistas de Estados Unidos ha formado una comisión examinadora para nuevas especialidades, con el fin de dar los títulos a los médicos formados holistamente, empleando los mismos criterios rigurosos que se emplean para otras especialidades.

3. *¿Te conviene?* Un profesional de la salud puede tener todas las credenciales del mundo y sin embargo no ser el indicado para ti. Así pues, una vez que hayas revisado todas sus credenciales con tu intelecto, tendrás que confiar en tu corazón y tu instinto para dejar que alguien te atienda o te opere, por muy buenas que sean las recomendaciones que te haya dado de ese profesional. No hace mucho tuve que llevar a mi hija al dentista para una intervención quirúrgica; aunque yo sabía de antemano que las credenciales de ese profesional eran impecables, no estaba dispuesta a permitir que la interviniera sin antes evaluar que poseía lo que yo llamo «cociente sanador». Si no lo hubiera tenido, habría abandonado su consulta, y lo mismo deberías hacer tú.

4. *Evaluación del «cociente sanador»*. ¿Tienes la impresión de que tu médico es un sanador? Cuando termina la visita, ¿sales de allí tranquilizada y animada? ¿Sientes que estás en buenas manos?

A lo largo de mis años en el ejercicio de la medicina, he descubierto que los verdaderos sanadores trabajan bien en cualquier parte, al margen de los instrumentos que utilicen (y, desde luego, esto incluye al personal de vigilancia del hospital). Aunque yo ya sabía esto, la enseñanza me llegó de un modo impresionante un día que fui con mi marido a ver a una dotada intuitiva de Vermont, para una lectura. Esta mujer le dijo a mi marido que tenía muchísima energía sanadora en sus manos y le preguntó si hacía algún trabajo sanador con ellas. Él contestó que no; entonces ella le sugirió que tal vez le convendría dedicarse a hacer masajes o a la quiropráctica. Cuando íbamos en el coche de vuelta a casa, y él iba pensando en la lectura, me preguntó: «¿Crees que mi cirugía ortopédica cuenta como trabajo sanador con mis manos?». Después los dos nos echamos a reír, porque mi marido, como la mayoría de la gente en nuestra cultura, se imaginaba que «sanar» no forma parte de la corriente principal de la medicina. Suponía que él no era un sanador porque era un cirujano ortopédico ortodoxo y bastante escéptico con respecto a gran parte de la medicina alternativa; suponía que los sanadores son esas personas que usan hierbas y masajes. Qué equivocado estaba. Continuamente se me alegra el corazón ante la atención, la compasión y la verdadera sanación que veo ocurrir cada día, independientemente del consultorio en que atienda el terapeuta o médico.

Por otra parte, cuando el profesional de la salud es reservado y trata de ser objetivo, se limita a los hechos y sólo atiende al intelecto del paciente, y eso no es suficiente. Una paciente de cáncer de mama me contó que una vez le dijo a su médico: «Arreglármelas con el cáncer no es ningún problema, pero recuperarme de una visita con usted me lleva unas dos semanas». Se refería a la actitud indiferente del médico y

a la impresión que tenía de que a él no le importaba. Ella no esperaba un milagro, pero deseaba de él palabras tranquilizadoras y algún contacto físico ocasional. Después de decirle eso, su relación con él mejoró. Esa mejoría suele ocurrir cuando le das una oportunidad a tu médico u otro profesional de la salud. Si la relación paciente-médico es de colaboración y mutuamente respetuosa, es una fuerza poderosa que favorece la curación.

Otra conocida mía, de más de treinta años, se sintió muy triste y con deseos de llorar después de que le hicieran una histerectomía necesaria, sin haber tenido hijos. Cuando se lo dijo al médico, este le contestó: «¡Eso no puede ser!». Lo único que ella quería era que él le dijera que su reacción era normal. Una de mis pacientes vino para un control y me habló de su médica de Boston: «Ella cree que no puede cuidar de mí sin llenar páginas y más páginas con numeritos. Sé que es técnicamente buena, pero no me siento escuchada». Lamentablemente, sigo oyendo demasiadas historias como estas, y comprendo lo mucho que necesitamos abrirnos el corazón los unos a los otros. Por desgracia, tratar a un paciente mediante la manipulación de la química de la sangre o la reparación de huesos fracturados es el principal enfoque de la formación en medicina alopática. Esto ha sido lo que han estudiado los alumnos de medicina, y no cómo comunicarse bien con sus pacientes. Aunque ahora esto está cambiando en las facultades de medicina, la mayoría de los médicos en ejercicio actualmente aprendieron sólo las técnicas para curar, y no cómo escuchar y preocuparse de la persona.

En este país, un tocólogo-ginecólogo corriente ha sido demandado por negligencia por lo menos dos veces; yo no soy una excepción. El efecto emocional de esta experiencia es muy fuerte, y desgraciadamente ha servido para generar enemistad entre médicos y pacientes. Esto induce a los médicos a estar menos dispuestos a ir contra los tratamientos estándar. Una de las maneras de sortear esta situación es que las mujeres incluyan una declaración firmada en su cartilla médica por la cual liberan al médico de cualquier posible litigio si optaran por métodos alternativos a la atención médica estándar. Aunque esto no es una garantía a toda prueba contra un pleito, hace sentir a muchos médicos más cómodos con métodos que no estudiaron en la Facultad de Medicina. Si queremos establecer una relación de sociedad entre médicos y pacientes, tenemos que comenzar por donde estamos, y ambas partes hemos de ser sinceras respecto a nuestras necesidades y nuestros temores.

Dada mi disposición a evitar operaciones, he tenido la experiencia de ver desaparecer quistes ováricos con métodos como un cambio emocional y dietético. Me he enterado de muchas cosas sobre el cuerpo femenino que no entraron en mi formación. Mi optimismo general, unido a la valentía y la sinceridad de mis pacientes, nos ha permitido a ellas y a mí recoger todo un cuerpo de información del que muchos ginecólogos no necesariamente disponen. Sin embargo, sólo puedo hacer esto con pacientes valientes que están verdaderamente dispuestas a responsabilizarse de sí mismas y de sus decisiones. Para crear salud debemos salimos del modelo «acusación».

5. *Mantener firmemente la parte propia en la sociedad paciente- médico.* Sé lo tentador que es desear que alguien intuya exactamente lo que nos pasa y nos dé la receta precisa que nos va a curar, sea cual sea el problema. Todos albergamos esta fantasía infantil de encontrar a un médico cuyos consejos podemos seguir sin ponerlos en duda y sin miedo a los efectos secundarios o a un mal resultado. Lo malo es que esa autoridad externa simplemente no existe. Lo bueno es que todos tenemos una silenciosa vocecita interior —nuestra guía y autoridad interna— que nos va a guiar infaliblemente hacia donde necesitamos ir. La parte difícil es aprender a recibir la información del exterior y luego hacerla revisar por la sabiduría interior antes de tomar una decisión o actuar. Los cambios en el sistema médico llegarán cuando todos comencemos a responsabilizarnos de la parte del problema que nos creamos. Mientras tanto, si bien la formación médica y la mentalidad que suele engendrar pueden ser frustrantes, es bueno tener al lado a un médico competente cuando se necesita.

Es muy fácil dejarse llevar por la corriente, sobre todo cuando nos encontramos en una situación en que está al timón una autoridad que creemos que sabe más. Además, durante años a las mujeres se nos ha enseñado a no hacer olas ni menear el bote. Hace poco se operó una amiga mía; cuando le pregunté si antes de la operación le había pedido al anestesista que le dijera palabras sanadoras mientras estuviera anestesiada *y* cuando volviera en sí, contestó: «No, me dio vergüenza». Esta respuesta resume un enorme pro-

blema de la asistencia sanitaria: las mujeres suelen tener miedo de pedir lo que necesitan. (Véase más adelante la sección sobre cómo prepararse para una operación.)

Pide a alguien que te acompañe para que te ayude a hablar si te sientes atrapada como un ciervo ante los faros de un coche. (Cuando yo era adolescente, solía tener sueños en que iba caminando por el pasillo de la iglesia para casarme, y de pronto me volvía hacia la gente congregada y les decía que me había equivocado, pero que podíamos celebrar la fiesta de todos modos.)

Detener cualquier corriente de actitudes arraigadas culturalmente requiere mucho valor y confianza en nosotras mismas. El motivo de que esto sea tan difícil y necesite tanta fuerza es que a la mayoría se nos ha educado para tener miedo de cometer errores. Por eso es tan fácil ceder la responsabilidad de nuestra salud a otra persona en lugar de asumirla nosotras. Pero en último término las recompensas de confiar en nosotras mismas y de saber que tenemos la capacidad de satisfacer nuestras necesidades son mucho más gratificantes que cualquier alivio pasajero que obtengamos abandonando nuestra responsabilidad y cediéndosela a otra persona.

Comprende que los diferentes médicos suelen tener una formación y unos intereses muy distintos. En calidad de médica que «camina entre los mundos», veo el bien que hacen una diversidad de métodos. La propia paciente debe convertirse en su autoridad y entender la forma de obtener información de fuentes diversas. Si las pacientes lograran comprender la gran cantidad de desacuerdo que hay entre los tocólogos y ginecólogos de una ciudad pequeña como Portland (en el estado de Maine), sobre cómo tratar un cierto trastorno, se darían cuenta de lo esencial que es su participación para conseguir un resultado óptimo.

En la práctica, es importante ir a la consulta del médico totalmente preparada, con una lista de preguntas que él o ella pueda responder en el tiempo asignado a la visita. Y ten presente que tal vez necesites pedir hora para otra visita si tu situación es más compleja de lo habitual.

6. *Utilizar la ley de la atracción*. En la primera parte de este libro, hablé de la ley de la atracción. En esencia, esta potente ley del universo afirma que nos atraemos lo que es semejante a nosotros. Esto significa que lo que realmente sentimos o pensamos en nuestro interior determina el tipo de experiencia que nos atraeremos. Por ejemplo, si una persona cree que va a ser capaz de satisfacer sus necesidades en cualquier situación, lo más probable es que se atraiga lo que necesita. No hay excepciones en esta ley de la atracción, así que, por favor, comienza a fijarte en ella en tu vida cotidiana.

Dicho eso, también reconozco que las necesidades médicas de demasiadas mujeres no se han satisfecho bien en las consultas médicas de este país. El resultado final de esto, y del despertar de las mujeres a ello, ha sido un cúmulo de desconfianza en los profesionales de la salud, sobre todo los médicos, que tiñe la relación entre el terapeuta y el paciente desde el comienzo. Y debido a la ley de la atracción, esto puede generar una especie de espiral hacia abajo que no sirve a nadie.

Así pues, antes de acudir a un nuevo médico, por favor, hazte las siguientes preguntas y contéstalas con sinceridad:

- En general ¿confío en los médicos? ¿Pienso que, por ejemplo, cobran demasiado y eligieron esa profesión para hacerse ricos?
- ¿Creo que los médicos no me van a escuchar, sea como sea la forma en que explique mis preocupaciones?
- ¿Creo que los fármacos y las intervenciones quirúrgicas son de suyo malos y que siempre es mejor tratar las enfermedades con alternativas a estas modalidades?
- ¿ Siento miedo, timidez o vergüenza de pedirle a mi médico que sea un socio conmigo en las decisiones sobre el cuidado de mi salud?
- ¿Estoy realmente dispuesta a confiar en mi guía interior, aunque lo que me diga sea diferente de lo que me sugiere mi médico?
- ¿Estoy dispuesta a sugerir una situación de concesiones recíprocas con mi médico para poder contar con las ventajas de su atención mientras a la vez yo asumo mis responsabilidades?

Si has contestado con sinceridad, tal vez hayas descubierto algunas de las creencias que te impiden tener una relación gratificante y satisfactoria con un buen profesional de la salud.

Para cambiar esta situación, quiero que pienses en el hecho de que hay miles de terapeutas diferentes ejerciendo su profesión en este país y en todo el mundo que pueden ayudarte a sanar. Quisiera que dedicaras unos momentos cada día a visualizar lo fabuloso que será contar con un equipo de profesionales de la salud en los que confías, con los que te sientes segura y autorizada, capacitada. Siente lo estimulante que es saber que, vayas adonde vayas, tienes la capacidad de atraerte las circunstancias que necesitas para sanar mediante tus pensamientos y sentimientos.

7. *Reconocer la capacidad de elegir*. Con los años he oído decir a muchas pacientes que no pudieron tomar un suplemento o ir a hacerse un masaje o lo que fuera porque su seguro médico no lo cubría. Casi siempre la salud de esas personas no es tan buena como la de las que dicen: «Cueste lo que cueste, encontraré la manera de obtener lo que necesito. Donde hay voluntad, hay una manera. No sé muy bien cómo voy a hacerlo, pero sé que puedo solucionarlo». Piensa un momento en lo que significa que digas que no puedes hacer algo debido a las normas y reglamentaciones inventadas por un grupo de ejecutivos de compañías de seguros. ¿A quién le estás cediendo tu poder?

He llegado a comprender que una de las principales causas de la mala salud en Estados Unidos es la creencia de que la compañía de seguros, el Gobierno u otra persona es responsable de nuestras opciones en cuanto a la atención sanitaria. Culturalmente necesitamos hacer un enorme cambio en torno a este tema. En mi opinión, deberíamos abolir la expresión «seguro médico» y llamarlo como debería llamarse: «seguro para crisis».

El hecho de crearse una buena salud y mantenerse sano es responsabilidad de cada cual, y puesto que nadie es perfecto, necesitamos un respaldo en el caso de que contraigamos una enfermedad grave o tengamos un accidente de gravedad; para eso deberían estar los seguros de asistencia sanitaria. Así pues, por ahora, mientras se desmorona todo el antiguo sistema, te sugiero que pagues lo mínimo indispensable en el seguro médico y luego pongas la cantidad de dinero que vayas ahorrando en una cuenta bancaria que te dé buenos intereses. Entonces, con los considerables ahorros que no vas a poner en los bolsillos de los ejecutivos de la compañía de seguros, podrás permitirte comprar los mejores alimentos, y pagar las cuotas de un gimnasio o masajes. Estas sugerencias podrán parecer excesivamente simplistas, y en algunos casos lo son. Pero para muchas otras personas son un billete hacia la libertad en la verdadera salud, en contraste con la mentalidad de borrego que es tan predominante y nos quita tanto poder.

Para concluir, aunque no niego que hay problemas en el sistema médico actual, también sé que estamos avanzando hacia una época de opciones y modalidades sin precedentes para crear salud diariamente en nuestra vida. ¿Por qué no ser receptora de la atención médica del futuro, comenzando hoy? Esto lo puedes hacer trabajando con una gran paradoja: tienes que crearte una buena salud, pero no tienes por qué hacerlo sola.

Por favor, reconoce tu poder de crear salud en tu vida día a día, y comprende que la sanación suele llegarnos a través de nuestra conexión con otras personas.3

¿Necesitas una médica?

Si bien en Women to Women sólo somos mujeres, hay muchos médicos hombres que son comprensivos, compasivos y muy cualificados. Muchas médicas y pacientes te dirán que acudir a una mujer no es ninguna garantía de ser tratada mejor que por un hombre; es posible que a veces te traten bastante mal. Los motivos son muchos. Para triunfar en medicina, las mujeres suelen subvalorar su propio saber, y tratan de ser distantes y objetivas, como algunos de sus modelos, sean estos hombres o mujeres.

Un médico que es un verdadero sanador puede hacer al menos tanto como podría hacer una médica en la atención a las mujeres, y a veces más. Si una mujer es una superviviente de incesto, por ejemplo, y tiene la idea equivocada de que no puede confiar en los hombres, toda su visión del mundo podría sanar maravillosamente con el trato amable y humano de un médico que le demostrara que no todos los hombres son peligrosos. A una de mis pacientes la operaron de endometriosis en su adolescencia. La pelvis le quedó llena de tejido cicatricial y le dijeron que no podría tener hijos. La envié a un cirujano especialista en infecundidad, que no sólo es muy cualificado como cirujano, sino también un hombre extraordinariamente bondadoso. Después ella me dijo que el hecho de que un hombre la hubiera ayudado a sanar la pelvis fue para ella algo muy valioso. Ella lo expresa así: «Un hombre me hirió cuando era una niña y dispuso las condiciones que me llevaron a

los problemas pelvianos. Es muy sanador para mí que un hombre me asista en la curación de esa parte de mi cuerpo».

Las mujeres que creen que sólo las mujeres son realmente sanadoras y que sólo los hombres pueden ser buenos cirujanos excluyen una gran cantidad de cosas que podrían serles útiles. En esta época de la historia, para sanar necesitamos algunos lugares donde sólo haya mujeres, pero la verdadera sanación va mucho más allá de si somos hombres o mujeres. Todos y cada uno tenemos la capacidad de herirnos mutuamente. También tenemos la capacidad de sanarnos *mutuamente.*

Sanar el examen pelviano

Un examen pelviano no tiene por qué ser una experiencia dolorosa ni terrible si se sabe qué esperar y se está preparada para comunicarse sinceramente con el médico. Demasiadas mujeres han tenido experiencias desafortunadas y dolorosas durante este examen y llegan a suponer que el dolor forma parte de la experiencia. Una de mis amigas, estudiante de medicina, me dijo que no se había hecho una citología durante más de diez años porque la primera vez que le hicieron una le dolió mucho y el médico fue tan brusco que le dio miedo volver. Cuando finalmente vino a verme, se sorprendió de que el examen no fuera desagradable ni doloroso, aunque se había estado preparando para el dolor. Esta misma historia la he oído una y otra vez a lo largo de mis años de práctica.

Un examen pelviano sin dolor supone los siguientes requisitos:

- A las mujeres que se lo hacen por primera vez, debe explicárseles antes, en detalle, en qué consiste el examen, con ayudas visuales si es necesario, para que vea exactamente de dónde proceden las células para el análisis citológico y dónde están exactamente el útero *y* los ovarios. Hay que mostrarle los instrumentos que se van a usar, entre ellos el espéculo y el pincel con que se extrae la muestra para la citología.
- Un médico compasivo que comprenda lo vulnerables que se sienten algunas mujeres durante el examen pelviano, sobre todo cuando tienen las piernas levantadas sobre los estribos. (Los estribos deberían estar forrados con tela; en Women to Women les ponemos calcetas, que se deslizan bien sobre el metal.)
- Durante el examen, el médico debe explicarle en detalle a la paciente lo que está haciendo a medida que lo hace. La paciente debería tener la opción de mirar el examen por un espejo, si lo desea. Por ejemplo, el médico deberá advertirle el momento en que le va a introducir el espéculo, dónde va a sentir presión, qué parte le está examinando, si está palpando o explorandp, cuándo va a tomar la muestra, cuándo va a palpar para ver si hay miomas, cuándo va a retirar el espéculo.
- La paciente deberá saber que en cualquier momento puede pedirle al médico que detenga el examen y que su petición va a ser respetada. Cuando estoy examinando a una paciente que está muy nerviosa, siempre le digo que es ella la que va en el asiento del conductor y que puede ordenarme que pare en cualquier momento.
- La paciente debe disponer de la opción de tener a una persona de su elección al lado durante el examen, por si quiere cogerle de la mano, que haga preguntas por ella o que simplemente esté a su lado.
- El médico deberá usar el espéculo más pequeño que le dé una vista adecuada del cuello del útero y la vagina. (El espéculo que normalmente va mejor es un Pedersen medio, aunque para algunas mujeres es necesario un Pedersen largo y estrecho. Los espéculos Graves, más grandes, sólo se necesitan de vez en cuando para unas pocas mujeres.) En muchos hospitales donde he trabajado a lo largo de los años, el espéculo estándar que se utiliza para el examen es demasiado grande para algunas mujeres, sobre todo las que no han tenido hijos o que no se ponen nada en la vagina durante el acto sexual.
- El espéculo ha de estar tibio. En Women to Women tenemos los espéculos sobre esterillas calientes en el cajón de la mesa de examen para que estén siempre a una temperatura agradable. Algunos médicos los entibian con agua caliente antes de introducirlos.
- Yo tomo la muestra citológica con un pequeño pincel blando llamado Cytobrush [citopincel]. La mayoría de las mujeres ni siquiera lo notan cuando lo hago. También les digo cómo está el cuello del útero cuando estoy haciendo el examen. Un día una paciente me dijo: «Qué agradable es oír cada año que mi cuello del útero se ve muy normal, rosado y sano».
- Una vez tomada la muestra se retira el espéculo y el médico examina el útero y los ovarios insertando uno o dos dedos en la vagina y levantando el útero por detrás del cuello, mientras con la otra mano

palpa el bajo abdomen comenzando por el ombligo. De esa manera, se pueden palpar entre las dos manos el útero, los ovarios y las zonas circundantes. Aquí también siempre le digo a la paciente lo que estoy palpando a medida que lo hago. Si es fácil palpar el útero a través de la pared abdominal, le pregunto si quiere palpar ella, para saber dónde tiene el útero en relación al hueso púbico. Muchas mujeres que tienen miomas se sienten muy tranquilizadas al darse cuenta de que pueden palparse el mioma uterino ellas mismas y por lo tanto saber si está creciendo, continúa igual o se está reduciendo. (No todos los miomas están en lugares donde la mujer pueda palparlos a través de la pared abdominal.)

- Una vez realizados los dos primeros pasos del examen, el tercer paso es el examen recto-vaginal. Durante esa parte del examen, el examinador introduce el dedo índice en la vagina y el dedo medio en el recto. Así se puede examinar mejor toda la zona de detrás del útero. Muchas veces he palpado quistes ováricos e incluso anormalidades rectales durante esta parte del examen, cosas que no habría visto si no lo hubiera hecho.
- Si encuentro alguna anormalidad, como un nuevo mioma o quiste ovárico, hago un dibujo para que lo vea la paciente o le enseño una foto de una anormalidad similar a la suya. Siempre es útil esta información, porque sirve para tener en perspectiva la anormalidad. En algunos casos, lo que la mujer se imagina que ocurre es mucho peor que la realidad. Generalmente también pido una ecografía de la pelvis para confirmar mis hallazgos.
- Algunas mujeres tienen muchísima tensión en la musculatura pelviana y deben aprender a relajarse lo suficiente para que les entre por la vagina un espéculo o un dedo examinador. De otra manera ellas mismas se crean un ciclo de dolor crónico, porque sus músculos se aprietan alrededor del espéculo, aunque sea el más pequeño, y esto les causa dolor. Muchas de estas mujeres, después de recuperarse de problemas de la infancia, me han dicho que literalmente «abandonan su cuerpo» durante los exámenes pelvianos u otras situaciones estresantes.

Cuando la mujer que tiene este problema aprende a controlar voluntariamente el grado de tensión y relajación de sus músculos, eso facilita que entre en su cuerpo un instrumento o dedo examinador sin dolor ni molestias. En los casos graves, y si es lo indicado, la envío a un terapeuta de *biofeedback* para que aprenda a relajarse. En otros casos, sencillamente hago el examen con mucha lentitud, le señalo el músculo pubococcígeo[4] (véase el capítulo 8 para saber cómo localizarlo) y le recomiendo que descanse un momento respirando con regularidad. Siempre estoy atenta a cada paso para ver si ella desea continuar con el examen. Le digo que si se siente muy molesta con el proceso debe pedirme que no siga.

Después le digo que tense al máximo todos los músculos pelvianos y luego los afloje totalmente, imaginando que las nalgas se le hunden en la mesa de reconocimiento. Generalmente, después de unos pocos ciclos de contracción y relajación, ella notará la diferencia lo suficiente para poder continuar con el examen. Si está demasiado nerviosa para un examen completo, tiene la opción de volver otro día. Siempre les digo a mis pacientes que si la idea de un examen les parece una violación, deben esperar para hacerse uno, a no ser que tengan un problema ginecológico urgente que requiera atención inmediata. Muchas mujeres practican la relajación de los músculos pelvianos en casa, a veces insertándose un dedo en la vagina mientras se bañan o aprendiendo lentamente a insertarse un tampón.

Elección de tratamiento: De la cirugía a la acupuntura

Si estás enferma, hazte tratar los síntomas críticos primero, por cualquier medio que te parezca el más apropiado para ti, y después busca intuiciones profundas. La medicina ortodoxa no tiene igual en su capacidad para tratar urgencias y síntomas graves. Aunque además de los fármacos y la cirugía hay muchos tratamientos alternativos, la medicina ortodoxa es a veces necesaria y útil.

Tratar la enfermedad sin aprovechar los instrumentos diagnósticos de la medicina moderna cuando conviene es una actitud tan dualista y dañina para las pacientes como decirle a una persona artrítica: «Ya hemos hecho todos los exámenes. Tiene artritis. Esta es una enfermedad crónica y debilitadora que dura toda la vida, así que le irá muy bien aprender a convivir con ella», y esto sin estudiar sus hábitos alimenticios, el estrés de su trabajo o su estilo de vida. El misterio es una constante de la vida, de modo que nunca podemos estar seguros de cómo va a resultar nada; nunca podemos estar seguros de que un trastorno no tiene esperanza.

Una vez que he hecho una evaluación concienzuda de la situación de la paciente y le he informado de los tratamientos habituales recomendados para esa situación (por ejemplo, una histerectomía para un mioma uterino grande), le presento los tratamientos alternativos con los que he trabajado a lo largo de los años. La propia paciente decide entonces cuál «siente» que es el más correcto. Alguna se decidirá por la histerectomía; otra con el mismo problema podría sentirse más a gusto con un cambio de dieta o compresas de aceite de ricino. Muchas mujeres que han recibido una excelente atención médica en otros centros de salud acuden a mí concretamente en busca de alternativas a los medicamentos y la cirugía. Habiéndose ya hecho los exámenes de rutina y recibido las recomendaciones habituales, han considerado sus opciones y están muy bien informadas.

Una vez que te hayan recomendado un programa de tratamiento, al margen de cuál sea, tómate unos días más para que te «penetre» esa información; ve si a tu cuerpo le parece bien. Si no, piénsalo más, busca otra opinión, pide un sueño o pásale el problema a tu guía interior. Si se ha recomendado cirugía, soy muy partidaria de buscar una segunda opinión e incluso una tercera. Muy pocos trastornos tienen una urgencia tal que haya que decidir inmediatamente. Si durante un cierto tiempo estás «sentada con» la decisión, tendrás mucha más confianza en tu intuición en el caso de que se presente una verdadera urgencia.

¿Qué tratamiento es el mejor?

Cómo elige la mujer tratar un trastorno dependerá de sus necesidades en ese momento. Digo esto al mismo tiempo que reconozco el poder de la industria médico-farmacéutica para influir en la opinión pública, y la predisposición cultural que ya hemos tratado (véase el capítulo 1).

Suele haber ideas preconcebidas acerca de los tratamientos. Las personas orientadas hacia las terapias naturales consideran un fracaso el uso de medicamentos y cirugía, y un triunfo el uso de vitaminas para el mismo problema. Para las personas que están más familiarizadas con los medicamentos convencionales y la cirugía, la sola idea de que una hierba o un cambio de dieta pueda ser útil les parece ridicula. Yo les explico a las mujeres que hay muchas opciones y que no tienen por qué excluir categorías enteras que podrían irles bien, sean ortodoxas o alternativas.

Comer arroz integral y verduras va bien para algunas mujeres que desean disminuir los síntomas que acompañan al exceso de estrógeno, por ejemplo, mientras que tomar preparados de progesterona es la mejor opción para otras con los mismos problemas. A veces sugiero ambos tratamientos. Muchas mujeres se sienten confundidas por estas cosas y necesitan comprender que tienen diversas opciones.

Hace un año más o menos vino una pintora de 38 años a hacerse su control anual. Llevaba un tiempo tratando de decidir si tomar Prozac para sus depresiones periódicas. Desde el punto de vista de sus principios, no le gustaba la idea, pero su trastorno iba empeorando. Se hizo hacer una lectura intuitiva por una persona muy respetada de nuestra zona, la cual la animó a probar con el medicamento. Finalmente decidió que la única manera de saber si este le iría bien era hacer la prueba. Se liberó de prejuicios y comenzó a tomarlo.

Cuando la vi tres meses después me dijo que se sentía fabulosamente y que el medicamento parecía ser su «eslabón perdido». «Es increíble cómo me ha cambiado la vida —me comentó—. Ahora parece que el Universo me está proveyendo. Vendo muy bien mis obras de arte y estoy mucho más creativa. También estoy reivindicando mi poder y mi energía y ya no me preocupa tanto lo que piensen los demás ni si soy mejor o peor que cualquier otro artista. Tengo más energía que nunca en mi vida.» Tomar el medicamento resultó ser un punto decisivo para ella, pero para poder aceptarlo primero tuvo que liberarse de sus ideas preconcebidas. Aunque ciertamente el medicamento le hizo bien, ella no hizo caso omiso de sus problemas del pasado (abusos sexuales cuando era niña), que eran los causantes de su depresión. Me dijo: «Una de las cosas más útiles para mí de venir a verla fue decirle lo de la lectura intuitiva que me hicieron y adaptar mi cuidado médico a lo que sentía respecto a esa información. El hecho de que usted haya estado dispuesta a escuchar las diferentes partes de mi historia es valiosísimo para mí».

Pasados seis meses dejó de tomar Prozac porque notaba que le creaba «una euforia artificial» que a ella no le parecía bien. Lo que funcionó en un momento ya no era lo apropiado. Continúa sintiéndose bien, poderosa y creativa sin el fármaco.

Hay muchas maneras de sanar. La correcta es la que a uno le parece la mejor en un momento determinado. Hemos de aprender a vernos como procesos, que vamos cambiando y creciendo con el tiempo. *Finalmente, cualquier directriz impuesta desde fuera sobre cómo ponernos bien debe ser coherente con nuestra guía interior. Hemos de aprender a apoyamos mediante el respeto a nosotras mismas, no mediante regímenes restrictivos llenos de «debes» y «tienes que», que se experimentan como castigos.*

Los regímenes impuestos desde el exterior, como el cambio de dieta, son un primer paso en la sanación. Suelen servir para ayudarnos a sentirnos lo suficientemente bien para hacer el verdadero trabajo de descubrir las heridas profundas y lo que es más sustentador y que nos ayudará a sanar esas heridas. Estas dos búsquedas van cogidas de la mano. Si queremos «ir tras la felicidad», no podemos pasar por alto las partes de nuestra vida que nos hacen daño o nos perturban.

La adicción a pensar: Un obstáculo muy común

> Vamos de aquí para allá en busca de conocimiento, pero nos estamos ahogando en información.
>
> KARL-HENDRICK ROBERT

Reunir información es sólo un primer paso en la creación de salud. Muchas personas, que equiparan la salud con técnicas, remedios e incluso vitaminas, no pasan de ahí. He visto a mujeres con diversos trastornos que acuden a muchos médicos de todas clases pero no llegan más cerca de la sanación de lo que estaban antes. Mientras más cosas saben, más confundidas están. Este dilema de la información es muy común y puede inmovilizarnos.

Algunas personas se atascan en una adicción al pensamiento mirando un menú, por ejemplo, y tratando de decidir qué comer: «Bueno, quiero el pollo, pero mañana va*mos* a *comer* pollo, y además *no sé* si *este* tiene mucha grasa o si me va a gustar la salsa. ¿Qué te parece, Mark? ¿Pido el pollo o no?». Y así sucesivamente.

Otro ejemplo es el siguiente: en las personas que están tratando de sanar un trastorno con dieta, llega un momento en que tratar de controlar la cantidad y calidad de todo lo que se llevan a la boca domina su vida: «¿Cuánta verdura debo comer? ¿Una taza o media taza? ¿Debo comerla hervida? Y respecto a mis deposiciones, ¿deben hundirse o flotar? ¿Y el agua, dos vasos o tres? ¿Y está bien que coma naranjas? ¿Cuántas? ¿Una o dos?». Este es un ejemplo de transferir el modelo dualista a todo lo que hacemos.

Como ha dicho Anne Wilson Schaef, uno de los mitos del sistema adictivo es que es posible saber y comprenderlo todo. Esta actitud se convierte en problemática cuando se trata de un cuerpo humano vivo, que respira y está en constante cambio. La decisión sobre la terapia sustitutiva de estrógeno es un ejemplo; las mujeres pueden llegar a ponerse frenéticas si confían solamente en el intelecto. Ninguna cantidad de estudios sobre la terapia de estrógeno, el consumo de calcio o el ejercicio podrá jamás tomar en cuenta todas las variables que afectan a la vida de la mujer alrededor de la menopausia.

A veces tenemos que retroceder un paso para mirar a nuestro intelecto y reírnos de él, porque corre en círculos tratando de morderse la cola. Al margen de cuál sea el problema, una vez que hayas leído todos los libros y consultado a todos los especialistas, solamente tu guía interior, de la cual tu intelecto es sólo una parte, podrá darte la respuesta correcta.

Crear salud mediante la cirugía

Muchas mujeres se ven ante la perspectiva de una intervención quirúrgica en algún momento de su vida. He visto a muchas dejar en suspenso su vida durante unos meses mientras tratan de curar «de un modo natural» un trastorno que es muy susceptible de ser curado por medio de una operación que respete el órgano. Una cirugía de reparación de la pelvis es totalmente diferente de extirpar todo lo que hay en la pelvis. La cirugía siempre debería considerarse junto con otras modalidades curativas. Me gusta contribuir a sanar la negatividad que suele acompañar a la cirugía dándole a esta experiencia un nuevo nombre: «Crear Salud Mediante la Cirugía». En algunos casos lo escribo con mayúsculas en las instrucciones posoperatorias, cuando explico los detalles de los cuidados en casa una vez que la mujer salga del hospital. La intervención quirúrgica se puede abordar como una ceremonia sanadora. En su libro *Rituals of Healing,* Jeanne Achterberg y Barbara Dossey dan detalladas instrucciones sobre como hacer esto. El libro *Ceremonies for Change,* de Linda Paladín, también contiene muchísimos consejos prácticos y estimulantes en este sentido.

La segunda opinión

Antes de hacerse cualquier operación optativa, recomiendo buscar una segunda opinión si hay alguna duda, del tipo que sea. Atiendo a muchas mujeres para una segunda opinión respecto a la histerectomía. La segunda opinión les da tiempo para pensar en su decisión y las pone al tanto de las enormes diferencias en los modos de pensar que existen dentro de la profesión médica respecto al tratamiento para un determinado problema. Algunas mujeres consultan hasta a cinco o seis especialistas distintos antes de decidirse por la medida a tomar. En último término, tienen que sintonizar con su guía interior para encontrar la mejor respuesta para ellas, ya que ningún médico podrá dársela.

Cuando doy una segunda opinión, suelo estar de acuerdo con los motivos dados por el cirujano para hacer la histerectomía; reglas muy abundantes e irregulares que han sido causa de anemia, por ejemplo, es un motivo convencional para practicar una histerectomía. Si la cirugía le parece la solución adecuada a la mujer, mi opinión apoya sus necesidades. Si, por otro lado, está receptiva a alternativas como un cambio de dieta, le proporciono la información necesaria. Ella entonces comprende que el primer médico no estaba equivocado, pero que tiene más opciones de las que conocía.

Para mí es un placer trabajar con mujeres que se han tomado el tiempo necesario para leer y reunir información. Cuando finalmente se embarcan en una terapia o una intervención quirúrgica, lo hacen desde su fuerza y su conocimiento, no porque una figura de autoridad les diga que deben hacerlo. Nadie debería hacerse una operación optativa si piensa que no tiene permiso para hablar, estar en desacuerdo u obtener más información.

La operación no es un fracaso, sino una oportunidad de curación

Con demasiada frecuencia las mujeres creen que han fracasado si necesitan una intervención quirúrgica para su problema. Ese es otro ejemplo de la mentalidad dualista que todas hemos heredado del sistema adictivo. Una mujer cuyo útero tenía un tamaño de 14 semanas a causa de un mioma, me dijo llorando: «Me siento terriblemente avergonzada. No dejo de pensar que debería haber sido capaz de prevenir esto, o al menos haberlo hecho desaparecer yo sola». Más preguntas revelaron que procedía del tipo de familia en la que una y otra vez había oído la consabida frase: «No llores o te voy a dar motivos para llorar». Le daba vergüenza pedir ayuda y tener necesidades. Comprendió que el mioma estaba relacionado con la infancia que nunca tuvo.

Gail, de cuya curación de un quiste ovárico hablamos en el capítulo 7, me dijo: «Como buena "persona de la Nueva Era", la cirugía era mi último recurso. Con el clásico orgullo de la Nueva Era, pensaba que tenía que ser capaz de curarme yo sola, y que si elegía la cirugía era un fracaso. Así pues, probé toda una gama de métodos holistas: acupuntura, hierbas, compresas de aceite de ricino, trabajar con una amiga que es canalizadora y visualizaciones. Todos estos métodos me sirvieron y sí que fueron sanadores en ciertos aspectos; pero comprendí que este quiste era demasiado denso, tanto física como espiritualmente, para que se deshiciera con agujas de acupuntura. Necesitaba que lo extirparan».

Otra de mis pacientes, June, tenía un quiste ovárico persistente y deseaba evitar por todos los medios la operación. Estuvo tres meses haciendo visualizaciones, limpieza emocional y cambios dietéticos para sanar el quiste. Yo le dije que me parecía que la cirugía era su mejor opción. El quiste era grande, de 10 centímetros, y no había desaparecido después de esos tres meses. Aunque ella quería creer que el quiste había desaparecido y que podía evitar la operación, había tenido el siguiente sueño: «Iba a buscar mi coche al taller y todavía no estaba listo. Este sueño se repitió muchas veces. Comencé a dudar de que el quiste hubiera desaparecido. Jamás me había parecido que representara algún peligro para mí, pero aun cuando creía que había hecho todo mi trabajo [había logrado tener muy claro lo que significaba el quiste en su vida y había experimentado mucho dolor y tristeza por eso], se me ocurrió que tal vez el quiste seguía allí. Rara vez me permitía tener ese pensamiento; en su lugar elegía pensar positivamente que tenía que haber desaparecido porque yo había hecho todo lo que creía que era mi trabajo de sanación».

Unas semanas antes de la fecha programada para su operación, June estuvo comiendo con una mujer a la que acababa de conocer y a la que le fascinaban los mitos, el trabajo con los sueños y la terapia artística como instrumentos para ayudar a las personas a sanar. Después June escribió: «Cuando se enteró de mis sueños con el coche, comenzó a hacerme más preguntas. Me preguntó si sabía qué le pasaba a mi coche. Me dijo que debía descubrir qué tenía estropeado y llamar a un especialista que me dijera cómo arreglarlo. [Esto tenía que hacerse en un estado onírico.] Le horrorizó que yo fuera a permitir que alguien me sacara el ovario sin hacer algo más para conservarlo. La insinuación era que si yo no hacía las cosas a su manera, no hacía lo suficiente. Le contesté a las preguntas con toda seriedad. Las preguntas eran muy de tipo heroico,[5] muy cargadas de culpa: yo soy responsable y este quiste tiene que ser lo que deseo. Cuando salí de su casa me sentí sucia, algo así como violada emocionalmente. Después comprendí que buscar indefinidamente una cura no quirúrgica es adictivo, que o bien podía conservar el quiste y ser adicta al proceso, o liberarme y acabar con él.

Una oportunidad para sanar viejos temores

Para muchas mujeres, sobre todo para las que se sienten atraídas por los métodos de curación naturales, una operación quirúrgica es algo aterrador. A veces les evoca recuerdos infantiles de hospitales, por haber estado hospitalizadas o por haber tenido a un ser querido hospitalizado. No es poco frecuente oír a mujeres airear su temor al abandono, por haberse sentido abandonadas durante semanas en un hospital en los años cuarenta, cincuenta o sesenta, cuando a los padres no se les permitían las visitas porque eso perjudicaría la atención a la niña o el niño. Dado que la mayoría de las mujeres nacidas durante el *boom* de la natalidad éramos niñas en esa época, no es de extrañar que el miedo a los hospitales sea tan predominante en nuestra generación.

Gail comentó después de su operación: «El quiste me ayudó a descubrir varias cosas importantes de las que no tenía conciencia. El terror que sentía por mi cuerpo, la enfermedad, los médicos y los hospitales fue consecuencia de la larga y misteriosa enfermedad del corazón de mi madre, que la llevó a la muerte. Durante partes enteras de mi infancia ella entraba y salía de hospitales, y al parecer jamás mejoraba ni los médicos sabían qué le pasaba. Lo que más me hacía sufrir eran los sentimientos que experimentaban mis familiares por su enfermedad, de los cuales jamás se hablaba».

Sin embargo, muchas de mis pacientes han transformado su temor al hospital y la cirugía con experiencias como la «iniciación espiritual», que es un periodo para enfrentar sus temores y pasar por ellos así como una oportunidad de cambiar viejos hábitos que ya no les sirven. Gail escribió: «Cuando esperaba mi inminente operación, tenía totalmente claro que esa sería una maravillosa oportunidad de enfrentarme al terror que sentía en mi infancia por los hospitales y todo lo que representaban. Podría experimentar que mi historia era totalmente diferente a la de mi madre. Aprendí lecciones maravillosas. Para acabar con la pauta familiar, hablé de mis temores e inquietudes con mi marido y amigas queridas y les pedí ayuda y apoyo. Su enorme cariño y su apoyo fue para mí un precioso regalo que atesoraré durante mucho tiempo».

Darnos permiso para que otra persona nos ayude puede ser una experiencia profundamente sanadora. Cuando la intervención quirúrgica es la mejor opción, rendirse a la habilidad del anestesista, el cirujano, las enfermeras y la propia guía interior puede ser una experiencia de verdadero crecimiento. Si en tu infancia recibiste el mensaje de que tus necesidades físicas y emocionales de apoyo y consuelo no merecen ser satisfechas, pedir apoyo y ayuda durante la operación o la hospitalización es una oportunidad para cambiar totalmente ese mensaje.

A mis pacientes les recuerdo que en los hospitales hay energía sanadora, y que podrían mirar a las enfermeras y el resto del personal como a sus ángeles sanadores. Las personas que trabajan en los hospitales, ya sean enfermeras, auxiliares o asistentes, suelen estar en esos centros porque se sienten naturalmente atraídas hacia la curación. Es todo un alivio dejar de luchar contra las personas que están ahí para ayudar.

Si te vas a operar, lleva a una amiga o un familiar a la visita preoperatoria. Esta persona puede acompañarte después al hospital para conocer al anestesista y asistir a la fase preoperatoria. Después de la operación, tus amigos y familiares pueden ayudarte en casa, cocinando, limpiando o dándote masajes en la espalda. Las mujeres hemos de aprender a pedir este apoyo. Obtenerlo es una habilidad. A veces es necesario aprenderla.

June escribió lo siguiente respecto a obtener apoyo: «De camino a casa después de descubrir que necesitaba operarme, pensé que no podría estar sola todo ese fin de semana, así que pasé por casa de mi amiga Carol. Creo que ella se asustó al verme tan deprimida. Me dio un buen sermón acerca de lo importante que soy para mi hijo, para ella y para otras personas. Yo nunca había reconocido mi importancia para nadie, aparte de mi hijo. Me expuso convincentes razones para que fuera abierta y me dejara ayudar por mis amistades. Me dijo que me fuera a recuperar a su casa para no tener que cocinar, hacer la compra ni ocuparme de ninguna otra tarea doméstica. Me ayudó inmensamente».

En preparación para la operación, June fue a ver a un hipnotizador y tuvo tres sesiones con él. Este le entregó dos cintas: una para prepararse para una experiencia sana y una rápida recuperación, y la otra para ayudarla a continuar con su vida después. Ella escuchó esas cintas muchas veces durante las dos semanas anteriores a la operación.[6] También comenzó a trabajar con un médico que entendía y enseñaba el chi-kung (un antiguo arte chino que nos enseña a hacer circular la energía vital mediante movimientos, masaje y respiración).

Cómo prepararse para la operación y cómo curarse más rápido

A continuación expongo algunas formas probadas científicamente de entrar de un modo consciente en el proceso quirúrgico, aprender de él y curarse rápidamente. Habiendo realizado intervenciones quirúrgicas duran-

te años, puedo asegurarte que nada es más gratificante para un cirujano que tener un paciente que va a trabajar con él en sociedad, cada uno confiando en lo que hace el otro, para obtener unos resultados óptimos.

Peggy Huddleston, una colega mía, ha escrito una excelente guía paso a paso para ayudar a personas de todas partes a aprovechar al máximo sus experiencias quirúrgicas. Su libro y el programa que presenta se están usando en hospitales de todo el país. Las técnicas que utiliza Peggy han servido a muchas de mis pacientes y a personas de todo el mundo a conseguir los siguientes beneficios:

- Sentirse más tranquilas antes de la operación.
- Sentir menos dolor después de la operación.
- Tomar menos analgésicos.
- Fortalecer el sistema inmunitario.
- Ahorrar dinero en facturas médicas. (Un estudio realizado en California informó que los pacientes que se preparaban para cirugía abdominal con instrucciones específicas dejaron el hospital un día y medio antes y se ahorraron 1.200 dólares por persona en costes de hospitalización.[7])

Ya sea que te vayas a hacer una operación importante hospitalizada o una intervención menos importante en el consultorio del médico, este método puede serte útil. Y, sin duda, estas técnicas también se pueden usar para los tratamientos de radioterapia o quimioterapia.

PASO 1: RELAJARSE PARA SENTIRSE TRANQUILA. El 85 por ciento de todos los problemas médicos están relacionados con tensiones y estrés no resueltos acumulados en el cuerpo. Esta reacción crónica a la tensión tiene por consecuencia un torrente de cambios fisiológicos que afectan adversamente a la salud. ¿Cuál es el antídoto? Aprender la técnica de la relajación profunda y practicarla con frecuencia para saber que se puede inducir un estado de profunda paz a voluntad. Aprender la relajación profunda es fácil y hay un buen número de maneras diferentes de hacerlo. Para prepararse para una operación, yo recomiendo usar una cinta de casete preparada concretamente con esta finalidad. No te sorprendas si cuando estás comenzando a aprender a relajarte te surgen emociones intensas, como tristeza, rabia o cualquier otra. Siéntelas plenamente, llora todo lo que necesites, no te reprimas, déjate inundar por lo que sea que sientas. Da la bienvenida a esas emociones intensas; probablemente llevan mucho tiempo en tu interior esperando ser expresadas.

Los estudios han demostrado que la relajación mejora el sistema inmunitario, calma el sistema nervioso central y suele curar el dolor de cabeza por tensión, la migraña, la hipertensión y la ansiedad, además de servirte para prepararte para la operación.

PASO 2: VISUALIZAR LA CURACIÓN. Visualiza el resultado ideal de tu operación. Imagínate con la mayor claridad posible que ya ha terminado la operación y te sientes bien y cómoda, llena de paz y sana en todos los aspectos. Siéntete rodeada por una luz o un sonido sanadores o con una sensación de profunda paz. Cuanto más puedas imaginarte un resultado ideal, con todo detalle, más rápida será tu recuperación. Tu sabiduría intuitiva te proporcionará las imágenes que sean más sanadoras. Visualiza, visualiza, visualiza: cinco veces al día durante cinco minutos cada vez es más eficaz que una sola sesión de 25 minutos.

PASO 3: ORGANIZAR UN GRUPO de APOYO. Una operación es un periodo fabuloso para pedir ayuda. Organiza las cosas para que alguien te acompañe cuando ingreses en el hospital, que alguien te visite diariamente mientras estés hospitalizada, y que alguien se ocupe de tu casa durante todo el tiempo que sea necesario (para una operación abdominal, por lo menos dos semanas). Esto te permitirá recibir el cuidado y los pensamientos amorosos de tus amigos y familiares. Este aspecto de la preparación para la operación puede ser particularmente sanador para quienes piensan que «si quiero que algo se haga bien, tengo que hacerlo yo». Tendrás la oportunidad de que los demás hagan las cosas por ti. Aprenderás la habilidad de recibir, que para muchas mujeres es algo muy difícil.

Cuando estés en el hospital y/o cuando ya estés en casa, te recomendaría por lo menos una sesión de Reiki o de toque terapéutico. Un tratamiento diario los primeros dos o tres días sería lo ideal. El Reiki y el toque terapéutico son tratamientos de medicina energética, sin ningún riesgo, y se ha demostrado científicamente que aceleran el proceso de curación. Pregúntale a tu médico o tu enfermera si conoce a alguien bien preparado en estas terapias; muchos profesionales de la salud y personas legas practican estas modalidades con maestría.

PASO 4: AFIRMACIONES SANADORAS. Hay cuatro afirmaciones sanadoras que vas a necesitar que te diga el cirujano o el anestesista durante la operación. Los estudios han comprobado que estas frases tienen que ver con sentir menos dolor, tener menos complicaciones y curarse más rápido. Haz tres copias de estas afirmaciones; dale una al cirujano, otra al anestesista y pega otra en tu bata de hospital de modo que sea visible cuando entres en el quirófano. No permitas que la vergüenza te impida pedirle eso a tus médicos. Ciertamente, la mayoría de los médicos han estudiado medicina porque desean ser sanadores. Pídeles que hagan su trabajo. Nunca he visto a un cirujano o un anestesista burlarse o reírse de un paciente que le pide que haga estas afirmaciones. Si lo hacen, acude a otros. Si tu conciencia no se siente segura con ellos, entonces tu cuerpo tampoco se va a sentir seguro, y tu curación no va a ser tan rápida como podría serlo. Estas son las afirmaciones:

Mientras me ponen la anestesia y pierdo el conocimiento, dígame, por favor:

1. «Después de la operación vas a sentirte cómoda y vas a recuperarte muy bien.» (Repítalo cinco veces.)

Después de decir esas afirmaciones, por favor, póngame los auriculares y ponga en marcha mi casete.

Al final de la operación, por favor, dígame:

2. «La operación ha ido muy bien.» (Repítalo cinco veces.)
3. .... «Después de esta operación vas a sentir hambre de..Vas a sentir sed y vas a orinar con facilidad.» (Repítalo cinco veces.)
4. .... «Después de esta operación, » [Pídele al cirujano que diga aquí sus recomendaciones para la recuperación, por ejemplo: «Vas a poder hacer ejercicio y volver a todas tus actividades dentro de cuatro semanas», etc. Y añade algunos de tus objetivos. Si actualmente fumas, podrías pedirle también al anestesista que añada lo siguiente: «Vas a ser una no fumadora que detesta el sabor de los cigarrillos» o «Te vas a liberar del deseo de fumar». Por cierto, he visto que esto funciona.]

Cuando prepares el reproductor de casetes para la operación, ajusta el volumen de modo que apenas puedas oír la música. Después pega cinta adhesiva en el control del volumen para que no se pueda aumentar. Cuando estés anestesiada, los diminutos tejidos de la audición estarán muy relajados y cualquier sonido sonará amplificado. No te conviene correr el riesgo de estropearte los tímpanos con un casete o un disco compacto que suene demasiado fuerte durante esos momentos de vulnerabilidad.

Elige el tipo de música con que más disfrutes. Mozart es una opción muy popular, ya que se ha descubierto que su música estimula la reacción inmunitaria. Los movimientos lentos son especialmente buenos.

PASO 5: CONOCER AL ANESTESISTA. Vas a confiar tu conciencia a ese médico, de modo que te convendrá conocerlo antes de la operación. En esta época, es común conocer al anestesista justo en el momento en que va a comenzar la operación, pero con un esfuerzo de tu parte, todavía es posible programar una entrevista con anterioridad. En un estudio realizado en Harvard, se comprobó que conocer al anestesista mucho antes de la operación disminuía de forma importante la ansiedad preoperatoria de los pacientes. Pídele a tu cirujano que te organice el encuentro. Este no es un momento para preocuparse por si «haces olas». Tus médicos te van a recordar y te darán una atención más individualizada si te muestras como una persona que pide respetuosamente que cuiden de su ser total mientras la operan.

PASO 6: TOMAR SUPLEMENTOS PARA ACELERAR LA RECUPERACIÓN. Se ha demostrado que los siguientes suplementos aceleran la curación:

- *Vitamina A.* La dosis recomendada es de 25.000 UI por día (a no ser que estés embarazada). Numerosos estudios han demostrado los efectos beneficiosos de la vitamina A en la recuperación después de una intervención quirúrgica. También contribuye a estimular el sistema inmunitario. Comienza a tomarla una semana antes de la operación, y después continúa durante tres o cuatro semanas.
- *Bromelain.* Este suplemento, derivado de la piña, va bien para evitar los hematomas y aliviar la inflamación que suelen producirse en las operaciones. La dosis es de 1.000 mg al día; comienza a tomarlo varios días antes de la operación, y después continúa durante unas dos semanas.
- *Vitamina* **C.** La vitamina C es esencial para la síntesis del colágeno, que forma parte de la cicatrización normal de una herida; la necesidad de esta vitamina aumenta después de una intervención quirúrgica. La dosis es de 2.000 mg al día. Comienza a tomarla por lo menos un mes antes de la operación, y

después continúa durante un mes más.

- *Zinc, magnesio, complejo vitamínico B***.** Se ha comprobado que estos suplementos favorecen la cicatrización. Las dosis recomendadas son: 100 mg de zinc picolinato, 800 mg de magnesio y alrededor de 50 mg de cada vitamina del complejo B.
- *Vitamina E.* Tan pronto como te quiten el apósito después de la operación, aplica diariamente vitamina E en aceite (d-alfa tocoferol) a la herida (si el cirujano está de acuerdo y no hay ninguna contraindicación). Esto acelera la cicatrización y reduce la marca de la cicatriz. Algunas mujeres prefieren aplicarse gel de áloe vera, pomada de caléndula u otro remedio de hierbas para este fin.
- *Homeopatía***.** El día antes de la operación toma tres o cuatro glóbulos de ***Arnica montana*** 30X dos veces al día, disueltos bajo la lengua, y vuelve a tomar esta dosis lo más cerca posible del momento de la operación (puedes hacerlo de camino al quirófano). Después de la operación, tómalos lo más pronto posible en la sala de recuperación; el anestesista puede ayudarte en esto, o espera a estar en tu habitación, y sigue tomando esta dosis diariamente durante una semana. El árnica es muy buena para prevenir los malos efectos de cualquier tipo de traumatismo físico. Hay muchos otros remedios homeopáticos que se pueden tomar para tipos concretos de operación. Consulta con un médico experimentado.
- *Hierbas***.** La hierba china llamada «yunnan paiyao» es excelente para favorecer la cicatrización y mejorar la capacidad de coagulación de la sangre. Muchas de mis pacientes la han usado con éxito para acelerar el proceso de recuperación de una operación; reduce la inflamación y los hematomas. La dosis es un comprimido cuatro veces al día; comienza a tomarla una semana antes de la operación, y después continúa durante un mes, comenzando tan pronto como puedas tomar algo por la boca.

Dado que la idea de una operación es tan aterradora para muchas personas, se puede aprovechar como una llamada a despertar, un periodo para revisar las prioridades en la vida. Si honradamente la consideras con la mente y el corazón abiertos, y das los pasos que he señalado con sinceridad, con la sensación de rendirte al proceso, es realmente posible que puedas sanar sola y que la operación ya no sea necesaria. Esto lo he visto varias veces en el ejercicio de mi profesión, y Peggy Huddleston pone ejemplos de ello en su libro. Pero no hagas los pasos para evitar una operación que podría ser verdaderamente necesaria. La clave para sanar en todos los aspectos es que debes actuar con una total disposición a operarte si es necesario. En los programas de Doce Pasos llaman a esto «dejarse llevar y dejar obrar a Dios». Es algo que puede hacer milagros.

Comprende que la operación es una opción. Si deseas cancelarla en el último minuto porque lo has reconsiderado todo o de pronto te parece que no es lo correcto, adelante, cancélala. Hay dos ocasiones en que la mujer necesita darse pleno permiso para cambiar de opinión: una es delante del altar, antes de la boda, y otra antes de hacerse una operación optativa. (Esto no vale en caso de operaciones de urgencia para salvar la vida.)

Cuatro o seis semanas antes de una operación importante, como una histerectomía o una miomectomía, dona dos unidades de tu sangre (a no ser que estés muy anémica) para el caso de que haya riesgo de pérdida de sangre y sea necesaria una transfusión. La aguja que usan en la Cruz Roja para extraer sangre es grande. Yo recomiendo aplicarse EMLA, una crema anestésica transdérmica, en el pliegue del codo (el lugar de donde extraen la sangre) una hora antes de la extracción, y cubrirla con un apósito plástico llamado Tegederm. Esto hace indolora la extracción.

Observa y reconoce cualquier sentimiento que te surja después de la operación. Cuando se elimina una parte del cuerpo o cuando queda estropeada la integridad de su superficie por un corte o herida de cualquier tipo, quizá sea necesario lamentar la pérdida del estado anterior.[8] A nadie le gusta tener cicatrices en el cuerpo. Poco importa que no hayas llevado nunca bikini y que no tengas ninguna intención de hacerlo. A todas nos preocupa en mayor o menor medida la apariencia de nuestro cuerpo.

Es posible que después de la operación afloren viejos recuerdos que han estado almacenados en el tejido mismo. La cirugía tiene la capacidad de hacer conscientes los recuerdos celulares. Puede que afloren recuerdos de incesto u otros abusos durante la estancia en la sala de recuperación o los días siguientes a la operación. Estos recuerdos no van a aflorar mientras no estés preparada para afrontarlos, de modo que no tienes por qué preocuparte de esto. La sabiduría del cuerpo sobre cuándo dar información es exquisita.

Reconocer la aflicción y la sensación de pérdida es sólo una parte de la creación de una operación sana. Otro paso igualmente importante es esperar con ilusión la vida que nos aguarda, libres del problema que hizo necesaria la operación. Considera la pérdida quirúrgica como un arrancar lo viejo con el fin de dejar espacio para que crezca lo nuevo.

Es importante permitirse sentir las emociones relacionadas con la extirpación quirúrgica de tejido. Caroline Myss enseña: «Cuando se quita tejido celular antes de que se haya terminado de procesar la información que contiene, el cuerpo queda desincronizado». Muchas personas tienen la mayor parte de su energía ocupada en el pasado y cuentan con muy poca en el presente para la sanación. Cuando se extirpa un órgano o tejido celular y no se reconocen ni procesan los mensajes relacionados con él, entonces parte de nuestra energía se queda en el pasado como una cuenta sin pagar, como parte de ese asunto personal no concluido. Así pues, si antes o después de la operación aflora cualquier emoción u otro tipo de información, siéntela plenamente y deja que trabaje para salir de tu organismo.

Una de mis pacientes quería estar despierta durante la operación en la que le iban a extirpar unos miofibromas, para lo cual le pusieron un anestésico espinal. Resultó que tenía una adenomiosis grave, un trastorno benigno en el que las glándulas endometriales del interior del útero invaden la pared uterina, produciendo una excesiva emisión de flujo menstrual; el mejor tratamiento para esto era la histerectomía. El cirujano le dio la opción de detener la operación y dejar el útero, pues no había nada maligno.

Debido a ese problema ella sufría de anemia crónica y cierto dolor. Había probado con cambios dietéticos y acupuntura sin mucho éxito. Tenía tres hijos relativamente pequeños, lo que le dejaba un tiempo muy limitado para cuidar bien de sí misma, por lo cual no dispondría del tiempo necesario para prepararse para otra operación. Comprendió que ese era el momento de no seguir intentando salvar su útero.

Antes de que comenzara la histerectomía, pidió al personal quirúrgico que le pusieran un espejo para poder verse el útero. Entonces le agradeció que le hubiera dado tres hijos sanos, lo bendijo y se bendijo a sí misma por tratar de conservarlo, y se despidió de él. Sólo entonces el cirujano comenzó la histerectomía. Después me diría que el proceso de dejar marchar a su útero y de poder darle las gracias había sido una parte clave en su sanación. La operación la hizo sentirse más poderosa, no aniquilada.

June, la que tenía el quiste ovárico, también estuvo despierta durante la operación, con anestésico espinal. Después escribió: «La operación tardó menos de una hora. Me pusieron una anestesia espinal para que pudiera estar totalmente despierta durante la operación y colocaron un espejo para que pudiera observar. Fue fabuloso. Mi cuerpo tiene un aspecto sano y joven para mi edad [42 años]. Me hizo muchísimo bien poder ver el buen estado de mi cuerpo. Había perdido la confianza en mi capacidad de evaluar lo que me ocurría. [Porque no se había percatado de que el quiste le estaba creciendo; no lo sentía.] Esto me demostró que yo tenía razón; mi cuerpo está en buena forma y el quiste no era algo peligroso que fuera a obligar a la extirpación del ovario. Era casi tan grande como una pelota de béisbol, pero no estaba dentro del ovario, sino en la pared exterior. Chris me dijo que el ovario se veía perfecto y me preguntó si deseaba salvarlo. Eso hizo».

June había escrito un texto para su ovario izquierdo, para leerlo en el momento en que se lo extirpáramos. Yo tenía una copia en el bolsillo por si ella no podía hacerlo; pensaba pedirle a alguien del personal que se lo leyera llegado el momento. Había escrito lo siguiente a modo de conclusión en el sacrificio de su ovario:

Gracias, ovario, por ayudarme a tomar conciencia de mi rabia,
-de mi amor mal colocado,
-de mi decepción de los hombres
-y de mis conflictos.

Mientras abandonas mi cuerpo, salgo de esta fase de aferramiento a la rabia, la decepción y el conflicto y entro en una vida de creatividad y belleza femeninas.

El vacío que se forma en tu ausencia se convierte en el receptáculo femenino
-que se llena de curación,
-me conecta con mi Qi [energía vital]
-y me da belleza y creatividad para el resto de mi vida.

Resultó que no hubo necesidad de extirparle el ovario; conseguí eliminar el quiste y repararle el ovario. La enfermera ayudante le pasó el quiste, todavía caliente, porque ella deseaba tocarlo y palparlo. Después escribió: «Cuando Chris me pasó el quiste para que lo bendijera, lo pasé mal. El texto que había escrito y memorizado era para el ovario, no para el quiste. Y me sentía tan feliz de que me hubiera salvado el ovario, que casi no me importaba. Recité las partes que venían al caso y omití las demás. No creo que tuvieran mucho sentido, pero como no estaba actuando ante un público, no importa».

Respecto a su amiga Carol, que después de la operación pasó el día y la noche con ella, escribió: «Fue muy cariñosa y me ayudó muchísimo. Me alegro de que estuviera allí. Cuando se marchaba, me dio permiso para llorar. Y lloré. Fue fabuloso».

Después de dos semanas y media de recuperación en casa de Carol, el cuerpo de June le dio todavía otra información sanadora más: «Finalmente me fui a casa. Todavía me quedaba por entender y sentir otro asunto relacionado. Una noche me estaba tocando la parte insensible de la cicatriz; me sentía indeciblemente triste por la pérdida de sensación, y de pronto me eché a llorar. Chris me había dicho que si me ocurría eso, continuara con el sentimiento y lo explorara. Lloraba porque sentía que ningún hombre me había querido jamás por mí misma, tal como soy. De pronto me di cuenta de que lloraba por mi padre. Los únicos dos hombres que me han querido por mí misma son mi primo y mi padre. Y era mi padre el que siempre había estado presente para mí. Nunca lloré su pérdida cuando murió. Entonces lo hice».

A otra de mis pacientes, una pintora muy intuitiva, se le practicó una histerectomía cuando tenía alrededor de 44 años, porque tenía el útero muy grande debido a unos miofibromas. Ella había visualizado la energía de su pelvis y sus miofibromas y la había encontrado muy enfermiza y errática. Después de la operación, en la habitación de recuperación, me dijo que se daba cuenta de que ya no tenía esa energía estática en la pelvis; que en su lugar sentía una espiral uniforme, un torbellino de energía sana. La operación fue una sanación para ella.

Pues yo me operé hace unos años y no sabía nada de esto

Si te sometiste a una operación en el pasado, es posible que este capítulo te haya causado tristeza por haber perdido la oportunidad de participar más en tu proceso curativo. (Permanece con ese sentimiento; no es demasiado tarde.) Muchas mujeres a las que se les ha practicado una histerectomía tenían pocas opciones de tratamientos alternativos. Las opciones de que he hablado prácticamente no existían hace una década. Cada año la anestesia se va volviendo más segura, y han mejorado las técnicas para preservar los órganos pelvianos, en gran parte gracias a las técnicas quirúrgicas para la infecundidad.

Es natural que las mujeres que se han hecho operaciones inevitables en el pasado tengan un sentimiento de pérdida, sobre todo ahora que las cosas han cambiado. Yo no puedo evitar que sientas aflicción por acontecimientos del pasado ni por los órganos que te han extirpado. Sí sé, sin embargo, que nunca es demasiado tarde para lamentar y llorar esa pérdida si surge el sentimiento. Permanece con tus emociones o lo que sea que sientas en el cuerpo. Esa es la manera de sanar, de procesar la información que ofrece el cuerpo *y* de traer las células al presente. Recuerda que parte de lo que nos mantiene estancadas en la vida es pensar que deberíamos haber sabido años atrás lo que sabemos ahora, *y* reprendernos por no haberlo sabido entonces.

La extirpación de un órgano no sana necesariamente el bloqueo de energía relacionado con el problema, aunque sí puede ser un paso en la dirección correcta. Algunas mujeres, años después de la operación, continúan apegadas energéticamente al tejido que se les extirpó y cuya pérdida no lamentaron por completo. Este apego se puede ver todavía en el campo energético. El campo electromagnético del cuerpo contiene un modelo de la totalidad, incluso después de que se ha eliminado una parte física.

Nuestra capacidad de sanar no está limitada por el tiempo ni el espacio. Podemos sanar nuestro pasado en cualquier momento, incluso cincuenta años después. El pasado espera en el cuerpo hasta que estemos preparadas. De vez en cuando alguna mujer me dice que el hecho de enterarse del sistema energético corporal femenino le ha producido sentimientos que jamás tuvo en el momento de la histerectomía. Más vale tarde que nunca.

Eso es lo hermoso de comprender la energía y la medicina. Sanar en el plano energético es siempre una posibilidad, al margen de lo que haya ocurrido en el plano puramente físico, y al margen de cuánto tiempo haga que eso ocurrió. Así pues, si ya te han operado de algo o te van a operar, has de saber que eso también puede formar parte de la creación de salud. Permanece con cualquier emoción o sentimiento que te surja y planea las cosas para hacer de la operación una oportunidad sanadora.

Hay a tu disposición muchas opciones y alternativas médicas. No existe una única manera de cuidar el cuerpo. Más importante aún, y espero haberte animado a ello, es escuchar a la guía interior al elegir socios en el cuidado de la salud. Albert Schweitzer dijo una vez: «Esto es un secreto, pero os lo digo de todos modos: Toda curación es autocuración».

17
Nutrirnos con alimentos

> Si las mujeres queremos disfrutar de la comida, esta debe ser uno de los placeres sensuales de la vida experimentados libremente. Comiendo bien, cuidamos de nosotras mismas en el nivel más básico.
>
> DRA. KAREN JOHNSON

Comer alimentos sanos, de buena calidad, es una de las formas más fáciles e infalibles de crear salud día a día. Dado que las mujeres nos ocupamos la mayor parte de las veces de la compra y de la preparación de los alimentos, podemos influir muchísimo en nuestra propia salud y en la de nuestra familia cuando mejoramos la alimentación. Por consiguiente, la elección de alimentos que hacemos también influye en la salud de todo el planeta.

Durante milenios nuestro cuerpo fue evolucionando para asimilar los alimentos que se encuentran en el mundo natural. Por lo tanto, funcionamos mejor cuando comemos de estos alimentos la mayor parte del tiempo, no imitaciones. A la vez que mejoramos nuestra alimentación, tenemos la oportunidad de aumentar nuestro respeto por nuestro cuerpo, así como por el cuerpo del planeta en su conjunto, nutriéndonos óptimamente con alimentos de buena calidad. La nutrición óptima supone algo más que comer las cantidades correctas de proteínas, grasas e hidratos de carbono. Nutrirse bien también entraña comprender que en los procesos metabólicos influyen profundamente los ocho factores siguientes:

- Estado emocional
- Herencia genética
- Herencia cultural y familiar
- Consumo de macronutrientes (proteínas, grasas, hidratos de carbono)
- Consumo de micronutrientes (vitaminas y minerales)
- Entorno y relaciones
- Hábitos de ejercicio
- *Chi* alimentario



FIGURA 17. LOS ELEMENTOS DE LA NUTRICIÓN TOTAL

Nutrirse de modo óptimo significa prestar atención a cada uno de nuestros aspectos (véase figura 17)

Descubrir la verdad dietética personal: Lograr la nutrición total

Conseguir la composición óptima del cuerpo y crear salud mediante la elección de los alimentos es algo que ocurre simultánemente en la mente y el cuerpo. Ya sea que estés mejorando tu dieta debido a problemas de salud o para adelgazar, es importante que encuentres tu verdad dietética personal y aprendas los principios de nutrición que te van bien a ti.

Lo que digo a continuación representa mi modo de pensar actual sobre este tema, un proceso que ha ido evolucionando desde que tenía doce años y comencé mi primera dieta al tiempo que leía la obra de Adelle Da- vis sobre nutrición. Para lograr cualquier grado de salud en la comida, es necesario aprender a bailar sobre el delgadísimo límite entre la creación de salud y el comportamiento adictivo con respecto a la comida. La experiencia me ha enseñado que incontables mujeres se sienten atraídas hacia la macrobiótica, la nueva y popular «Zona» y otros métodos dietéticos, tanto por su preocupación por el peso como por su preocupación por la salud; en realidad, la preocupación por el peso suele eclipsar a la preocupación por la salud. En una encuesta reciente, publicada en *Psychology Today,* el 41 por ciento de las encuestadas dijeron que darían cinco años de su vida con el fin de estar delgadas.[1] Pero no hay ninguna necesidad de cambiar una cosa por la otra; es posible lograr tener un cuerpo sano y vital que tiene la cantidad correcta de grasa corporal y también se ve fabuloso. Puedes comenzar a avanzar hacia eso ahora mismo. Lee esta sección y comprométete a hacer lo que puedas ahora, aunque eso sólo signifique hacer una caminata una vez a la semana, disfrutar de tu desayuno con más lentitud o comenzar a tomar suplementos vitamínicos. Cada paso que des te hará mucho más fácil comenzar el siguiente. Quédate con las partes que te vayan bien ahora y deja de lado el resto.

Sé amable contigo misma e integra estos pasos hacia la nutrición de una manera que te resulte agradable y cómoda. Cuando cambies tu actitud respecto a la nutrición, también se transformarán la composición de tu cuerpo y tu imagen corporal. Tendrás mucho más éxito en mantener la salud de tu cuerpo si te tomas el tiempo para integrar tu nuevo comportamiento en el concepto general que tienes de ti misma. Los estudios han demostrado que las personas que han sido obesas toda su vida, por ejemplo, y luego adelgazan rápidamente, continúan teniendo una imagen deformada de sí mismas, y no son capaces de ver el verdadero aspecto que tienen, ni siquiera cuando ya han normalizado su peso.[2]

Paso 1: Examinar la motivación para mejorar la nutrición

El único motivo para mejorar la nutrición o comenzar un programa de ejercicios es el deseo de nutrir mejor el cuerpo y estar más delgada y sana, por ti misma. No lo hagas para que tu marido te quiera más, ni por complacer a tu madre, ni porque se aproxima una reunión o una fiesta. (No hará ningún daño, sin embargo, que informes a tu familia de que ya no quieres servirles alimentos que son dañinos para su salud, porque los quieres mucho. Una mejor alimentación disminuye los riesgos importantes de salud también en los hombres y los niños.)

Paso 2: Respeta tu cuerpo ahora, al margen de su peso

Aprende a respetar el cuerpo que tienes, día a día. No creo que seas capaz de amarlo todavía, pero aprende a respetarlo, y deja de hablarle de forma insultante. ¿Le hablarías a un niño pequeño o a un ser querido de la forma en que sueles hablarle a tu cuerpo? Probablemente no. Mírate profundamente a los ojos en el espejo y di en voz alta: «Te respeto y cuidaré de ti todos los días». Comprometerse a respetar el propio cuerpo es un paso esencial hacia sentirse y verse con un aspecto inmejorable. Las mujeres que se gustan a sí mismas son irresistibles, simpáticas, da gusto estar con ellas, cualquiera que sea su peso. También es importante que tengas en cuenta que el hecho de respetar tu cuerpo te ayudará efectivamente a conseguir tu peso óptimo. Eso se debe a que los sentimientos que van unidos al respeto por una misma generan en el cuerpo un medio metabólico conducente a quemar grasas de un modo óptimo. Por el contrario, los procesos metabólicos que acompañan al estrés emocional no resuelto tienden a mantener firmemente en su lugar el exceso de grasa corporal.

Otro punto importante es que algunas mujeres necesitan un cuerpo voluminoso, por motivos misteriosos y muy individuales. En ciertas mujeres corpulentas, su cuerpo está lleno de energía y vitalidad; se gustan a sí mismas, y ese amor por sí mismas les impregna la carne. Dudo de que esas mujeres, sí se las estudiara por separado, corran un mayor riesgo de enfermedad. Esta observación está respaldada por un estudio realizado por la doctora Margaret Mackensie, una antropóloga social que trabaja en Samoa Oriental, lugar donde la grasa corporal no es considerada de ningún modo indeseable. El estudio ha demostrado que las mujeres gordas no tienen más problemas de salud, ni trastornos distintos de los del resto de la comunidad.[3] Es evidente que el exceso de grasa no es un riesgo para la salud en todas las mujeres. En esto están de acuerdo los doctores Richard y Rachael Heller, investigadores en temas de nutrición del Hospital Mt. Sinai de Nueva York; ellos señalan que la grasa en sí es un síntoma que suele acompañar a otras perturbaciones metabólicas, como una mayor resistencia a la insulina. La doctora Karen Johnson, psiquiatra especializada en problemas femeninos, escribe: «La constante búsqueda de la mujer por dominar su deseo de comida conecta con el constante miedo de nuestra cultura de que las mujeres sean "demasiado voluminosas"».[4] Cuando noto que la energía de una mujer es voluminosa y que ella parece necesitar un cuerpo voluminoso para contenerla, se lo digo. En nuestra cultura solemos apreciar a los hombres corpulentos que tienen cierto exceso de grasa, ¿por qué no a las mujeres corpulentas?

Sin embargo, no hay duda de que para muchas mujeres con sobrepeso el exceso de grasa representa una armadura contra el dolor que han evitado experimentar. El dolor de los abusos sexuales y el incesto es una causa común de comer en exceso. Dada la frecuencia de esos delitos, no es de extrañar que tantas mujeres coman demasiado para tapar su dolor. Cuando se usa la grasa a modo de armadura contra el mundo, o para protegerse de requerimientos sexuales no deseados, ciertamente es un riesgo para la salud, ya que se ha convertido en un símbolo de una vida no vivida, en sueños almacenados. Las investigaciones están comenzando a documentar la relación entre los abusos en los primeros años y la obesidad posterior.[5]

Paso 3: Comer los alimentos que apetecen, lenta y concienzudamente, y en el momento adecuado

Cada vez que restringimos el consumo de alimentos que de verdad deseamos, automáticamente preparamos un atracón posterior. Es decir, el cuerpo se va a atiborrar en proporción directa a cuánto restringimos el consumo de los alimentos que nos gustan y durante cuánto tiempo. Según dice Geneen Roth, una autoridad en la recuperación de la compulsión en el comer y la verdadera nutrición, este ciclo de restricción-atracón parece ser una ley física.

Debra Waterhouse, nutricionista y autora de *Why Women Need Chocolate: How to Get the Body You Want by Eating the Foods You Crave*,* explica que comer una pequeña cantidad de los alimentos que ansiamos, por ejemplo el chocolate, equilibra de modo óptimo la química cerebral en las mujeres, al aumentar los niveles de serotonina. Permitirse satisfacer esas ansias con una pequeña cantidad del alimento que se desea, en el momento oportuno (generalmente entre las 10 de la mañana y las 4 de la tarde, si te levantas a las 7 o las 8) servirá para equilibrar la química cerebral de tal manera que habrá menos posibilidades de ansiar un exceso de comida y comer de modo destructivo. Normalmente lo único que se necesita son 15 g de chocolate en el momento en que se desea; más cantidad es contraproducente. Pero si no te das permiso para comer eso, es probable que las ansias te aumenten hasta un nivel incontrolable. Cuando se come lo que se desea durante el día, se suelen prevenir las ansias *y* atracones que ocurren por la noche. (Una cantidad adecuada de proteínas también previene las ansias.) Si vas a comer tu alimento de consuelo favorito, compra el mejor que encuentres; eso significa que si vas a comer chocolate, no compres del barato. Conviértelo en un acontecimiento; saboréalo lenta y totalmente. La grasa del chocolate negro tiene los mismos efectos beneficiosos del aceite de oliva y no eleva la tasa de colesterol, de modo que es un poco más sano que el chocolate con leche. De lo que se trata es de cambiar la conciencia acerca de los alimentos. Come a propósito, llevando todo tu ser a la mesa. Saborea la comida que te gusta. (Es posible que las mujeres que sufren de una verdadera adicción al azúcar no puedan comer chocolate u otros dulces, ni siquiera en pequeña cantidad, sin desencadenar más ansias y problemas en la química de la sangre. Véase la sección «Las ansias de azúcar, el alcoholismo y la química cerebral», en pág. 778.)

Alrededor de las cuatro de la tarde, la parte de nuestro sistema energético llamado «cuerpo emocional» se pone muy activo. Por este motivo, muchas mujeres comen en exceso a última hora de la tarde y por la noche. Durante años, sobre todo cuando hacía mis prácticas como residente, buscaba alivio en la comida cuando lo que en realidad necesitaba era descansar. Mi experiencia me sugiere que muchas otras mujeres hacen lo mismo. Una vez que aprendí a descansar cuando estaba cansada al final del día, me fue desapareciendo gradualmente la costumbre de «picar».

La composición óptima del cuerpo se mantiene mejor o se baja de peso más rápido si se evita comer ciertos alimentos tarde por la noche. La mayoría de los alimentos que se consumen como tentempiés (ricos en hidratos de carbono y grasas) son inadecuados para comerlos por la noche. Esto se debe a que el cuerpo quema mejor el combustible desde la mañana hasta primeras horas de la tarde, mientras que por la noche el ritmo metabólico se vuelve más lento. Así pues, los alimentos que tienden a aumentar el nivel de insulina (hidratos de carbono con un elevado índice glucémico; más adelante hablo más de esto) se convierten con mucha mayor facilidad en grasa corporal cuando se consumen después de las 6 de la tarde. Estudios científicos han demostrado que las personas que comían alimentos por valor de 2.000 calorías por la mañana bajaban 1 kg de peso a la semana, mientras que las que consumían esta misma cantidad de calorías después de las 6 de la tarde aumentaban de peso.[6] Lo ideal es esperar tres horas después de cenar para irse a la cama, aunque no a todo el mundo le va a resultar esto.

Decídete a confiar en que tu cuerpo sabe lo que necesita cuando le das la oportunidad y comienzas a escucharlo. Si actualmente no logras controlar los atracones, a veces sólo dos semanas de dieta «limpiadora intuitiva» a base de alimentos integrales con la cantidad adecuada de proteínas, le dará a tu cuerpo la oportunidad de comenzar a reaccionar mejor.

La mayoría de los libros que tratan el tema de la dieta nos dicen que sólo comamos sentadas. Aunque a mí personalmente me resulta difícil hacerlo cuando estoy ocupada o en el trabajo, es sin embargo una excelente manera de estar presente en la comida, de comer con más lentitud y disfrutar totalmente de la comida. Nos faltamos al respeto, a nosotras mismas y a nuestras necesidades más profundas, si regularmente nos tragamos la comida deprisa y corriendo. Cuando no nos tomamos el tiempo necesario para saborear la comida o asimilarla tan bien como podríamos, solemos sentirnos tentadas de comer más, para llenar ese «vacío de nutrición» que produce eso. Cuando comer deprisa y corriendo se transforma en un hábito, no ha de extrañarnos que el cuerpo nos pida más; rara vez tiene la experiencia de ser nutrido totalmente.

Un ejemplo de los efectos positivos de esa atención mientras comemos es el pueblo francés; la dieta de los franceses es bastante rica en grasa, y sin embargo entre ellos el índice de ataques al corazón es alrededor de un 30 por ciento menor que en Estados Unidos. Esta diferencia no se debe únicamente a los muy pregonados efectos del vino tinto; probablemente también se deba a que los franceses saborean porciones relativamente pequeñas de alimentos deliciosos durante comidas largas. Los alimentos comidos lentamente y bien masticados se digieren de un modo diferente y más eficiente que los que sólo se engullen. La comida digerida

---

* Hay traducción al castellano: *Por qué las mujeres necesitan chocolate*, Martínez Roca, Barcelona, 1995.

parcialmente obliga al cuerpo a reaccionar con procesos metabólicos no tan sanos como podrían ser si se masticara bien. (No me extraña que los franceses estén preocupados por la proliferación de restaurantes de comida rápida en su país.)

También podemos nutrirnos totalmente si nos centramos sólo en la comida mientras comemos. Trata de comer uno de tus alimentos favoritos sin leer ni mirar la televisión. No hables con la comida en la boca; mastícala bien, totalmente. Si estás pensando en el postre o en el programa de televisión, no sólo no disfrutarás del alimento que tienes en la boca, sino que tu cuerpo tampoco estará totalmente ocupado en el proceso de alimentarse y esa comida será metabolizada de manera distinta a como se metabolizaría si estuvieras totalmente presente con ella.

Este paso puede resultar difícil al comienzo, pero te servirá para prestar atención al sabor de la comida y a la experiencia de comer. Le darás tiempo a tu cuerpo para experimentar el acto de nutrirte físicamente; disminuirán las ansias de comer. Las mujeres que desean subir de peso notan que comer con más lentitud y disfrutar totalmente de la comida también las ayuda a lograr su peso normal.

Pasa tiempo con personas que no tienen problemas con la comida. La nutrición no es sólo la comida que nos ponemos en la boca; es también el ambiente que nos rodea: las personas con quienes estamos, la luz del sol y de las estrellas, el color de las paredes; estas cosas influyen en la forma en que se metabolizan los alimentos en nuestro cuerpo. Necesitas revaluar cualquier amistad que apoye una forma insana de comer. Si siempre pasas el tiempo con personas que usan la comida para reprimir sus emociones o como su única forma de diversión, te vas a sentir más gorda y vas a actuar con más pesadez cuando estás con ellas, y es posible que adquieras un exceso de grasa. Tal vez necesites hacer nuevas amistades. Por otro lado, cuando comas con personas que disfrutan totalmente de la comida sin ningún sentimiento de culpabilidad, quizá descubras que te sientes más satisfecha que en el pasado.

He observado que como mucho menos cuando salgo a comer fuera que cuando como en casa. Todo el ritual de que me sirvan, de tener que esperar entre plato y plato, produce un proceso digestivo diferente y una mayor sensación de bienestar.

Paso 4: Comer cuando se tiene hambre y parar cuando se está satisfecha

Este es un paso particularmente poderoso. Aprendiendo a comer cuando tienes hambre y dejando de comer cuando estás llena, vas a sintonizar con la sabiduría de tu cuerpo. Esto precisa cierta práctica, sobre todo después de años de hacer dieta. Has de convertirte en tu propia madre en este *tema* de la comida y la nutrición. Aprende a sintonizar con tu cuerpo y a alimentarte sólo cuando tengas hambre física; tranquilízate diciéndote que puedes comer siempre que lo necesites. A veces he comido cuando no tenía hambre para no tener hambre después; esta costumbre probablemente me viene de la infancia, cuando debía esperar la hora «correcta» de las comidas, fueran cuales fueran mis necesidades. He observado que mis hijas a veces creen que tienen hambre cuando en realidad lo que les pasa es que están aburridas. Les he pedido que lo controlen con su cuerpo, para que sepan la diferencia; cuando el hambre que tienen es física, pueden comer inmediatamente, no les exijo que esperen hasta la hora de la comida.

Deja de comer cuando estés satisfecha, pero no ahíta. Puedes comer en cualquier momento en que vuelvas a tener hambre, sea la hora que sea o mire quien mire. Una buena manera de hacer esto es dejar de comer cuando todavía se desea un poquito más y esperar quince minutos. Generalmente ese es el tiempo que tarda el cerebro en registrar la satisfacción. Mi hermana solía decir: «Tengo el estómago lleno, pero mi boca todavía desea más». La espera de quince minutos generalmente va a poner en concordancia la boca con el estómago. Cuanto más disfrutes del ambiente en que estás y cuanto más saborees la comida, más satisfecha te sentirás con menos comida.

Paso 5: Aclarar la propia historia con la comida

La comida es un problema muy emocional para las mujeres, y la adicción a la comida está muy extendida. Una mujer cuyo padre era alcohólico decía: «Siempre que comienzo a sentir ansiedad, como pasteles. Mientras trago, casi siento cómo me bajan al intestino las emociones. La comida es mi amiga. La uso para consolarme cuando me siento sola». Evidentemente, someter a esta mujer a una dieta de alimentos integrales, sin tratar sus otras necesidades, sería causarle muchísimo estrés. Esa es una de las razones de que fracasen una y

otra vez las dietas para perder peso. Estas dietas sencillamente no solucionan los motivos por los cuales estas personas comen demasiado.

Otra parte del problema es que muchos alimentos tienen una elevada capacidad adictiva; los hidratos de carbono refinados (azúcar, harina blanca), sobre todo cuando se combinan con ácidos grasos «trans», cafeína y algunos aditivos, son los culpables de ello. Yo creo que a causa de esto, y de las expectativas culturales de que hablo más adelante, la mayoría de las mujeres tienen problemas con la comida, sea de forma latente o manifiesta. Nuestra cultura casi lo exige. Así es como defino yo las características de un trastorno de la alimentación; ve cómo se aplica esto a ti.

- Negarse la comida que realmente apetece.
- Comer alimentos «prohibidos» en secreto.
- Negarse el placer total de comer buenos alimentos.
- Comer en compañía de personas que critican lo que se come.
- Continuar comiendo incluso después de estar satisfecha.
- Comer aun cuando no se tenga hambre física.
- Estar constantemente preocupada por el peso y la comida.
- Recurrir regularmente a ejercicios excesivos, dieta, laxantes o vómitos para controlar el peso
- Comer una excesiva cantidad de grasas e hidratos de carbono que favorecen la enfermedad.

Paso 6: Ser totalmente sincera respecto a qué y por qué se come

El sentimiento de culpabilidad es uno de los peores alimentos para los intestinos.

BILL TIMS, asesor macrobiótico

Muchas mujeres aumentan de peso cuando están preocupadas o afligidas, y adelgazan fácilmente cuando se sienten felices o se acaban de enamorar. La tendencia a comer cuando se sufre un trastorno emocional, primero puede producir una retención de líquidos y luego añadir grasa corporal, en parte debido a la acción de la hormona cortisol, que se secreta en grandes cantidades cuando la persona se encuentra en un estado que percibe como un estrés inevitable. El cortisol es un esteroide, y si alguna vez has tomado esteroides o has visto a alguien inflarse con prednisona, sabes de qué hablo. Los estudios científicos han demostrado que el estrés emocional no expresado ni resuelto produce cambios metabólicos que inhiben la descomposición de las grasas, comparable a lo que produce la prednisona. Comer alimentos cargados de grasa e hidratos de carbono refinados cuando se está estresada no sólo produce un almacenamiento excesivo de grasa, sino que también prepara el terreno para muchas otras enfermedades.[7] Hace poco di una fiesta para mi hija después de su primer baile formal. Eso me exigió estar en pie hasta las tres de la madrugada después de un ajetreado día de preparaciones. Aunque comí mi cantidad habitual de comida, subí algo más de un kilo, que tardó cuatro días en desaparecer. Lo mismo le ocurrió a una de mis amigas que vino a ayudarme.

El exceso de grasa y de líquido puede también ser una armadura corporal para no sentir lo que no queremos sentir. He visto a mujeres liberar emociones retenidas durante mucho tiempo en una buena sesión de llanto (o de risa) y perder dos o más kilos literalmente de la noche a la mañana. Muchas habréis tenido la experiencia de que cuando estáis enamoradas no necesitáis comer mucho, porque estáis llenas de energía vital. Esta energía vital está siempre a nuestra disposición cuando hacemos un trabajo que nos gusta, aunque no estemos «enamoradas» de alguien. Este es otro motivo más para seguir los impulsos del corazón con el fin de crear salud en nuestra vida.

Observa con sinceridad cómo utilizas la comida y cuánto comes realmente. Incluye el momento, el por qué y el cómo. Si de veras deseas hacer las paces con la comida, durante dos semanas o más anota todo lo que comes, dónde lo comes y cómo te sientes en el momento. Este ejercicio rompe la negación y te servirá para aclararte y llegar a un acuerdo respecto a lo bien o mal que te nutres con alimentos. Mi experiencia clínica me ha hecho ver que las mujeres que anotan lo que comen para aclararse tienen muchas más posibilidades de mejorar su salud.

Si comes sobre todo para consolarte emocionalmente, tal vez no te convenga renunciar a eso de inmediato. Hacerlo está bien. Una de mis pacientes, que fue obesa hasta los 21 años, me contó que ella siempre

supo que bajaría de peso una vez que se fuera de casa y dejara de cuidar a su madre, enferma mental, y a sus hermanos menores. Aunque sus padres la llevaron de médico en médico y le impusieron una serie de dietas, ella sabía que necesitaba la comida para no sentir el dolor de sus circunstancias. Una vez que cambiaron estas, bajó de peso.

No podemos aplicar ninguna información sobre mejorar la nutrición mientras no hayamos analizado sinceramente nuestros problemas en torno a la comida y nos hayamos comprometido a hacer las paces con ellos. Por ese motivo, es posible que te convenga probar los pasos para sanar que describo en el capítulo 15, antes o al mismo tiempo que decidas mejorar tu nutrición.

Si no logras dominar la compulsión a comer en exceso, tal vez te convenga seguir un plan estructurado de comidas durante un tiempo. Ese plan actuará a modo de sistema de control externo mientras comprendes cuáles son los activadores internos que desencadenan tu deseo de comer en exceso. Muchas mujeres aún no han establecido la relación entre su dolor emocional y la forma en que utilizan la comida para controlarlo. En otros casos, es posible que la mujer tenga tanto estrés en su vida que estén afectados adversamente sus sistemas inmunitario y metabólico; para estas mujeres, incluso pequeñas cantidades de alimentos dulces o con levadura, o de alimentos salados o grasos, desencadenan el atracón. La mayoría de las mujeres entran en dos categorías amplias: las que se dan atracones con dulces muy grasos, por ejemplo helados, y las que se dan atracones con alimentos salados muy grasos, por ejemplo patatas fritas. Para estas mujeres, el alimento graso azucarado o salado es como el alcohol para un alcohólico. Mujeres adictas al azúcar me han dicho que una vez que comienzan, se sienten embriagadas y desorientadas, y les viene un deseo insaciable de comer más y más cosas azucaradas (lo mismo vale para los atracones con alimentos grasos y salados). Cuando la mujer evita esos «alimentos desencadenantes», se normaliza su forma de comer. Las ansias de comer también disminuyen considerablemente con una dieta que contenga cantidades adecuadas de proteínas y grasas y pocos hidratos de carbono refinados (véase la sección sobre los hidratos de carbono). En los libros *Protein Power y Healthy for Life*[*] se encuentran planes de comidas que van particularmente bien para disminuir las ansias de comer y crear salud.[8] Con frecuencia, cuando la mujer ya ha encarado las causas emocionales de sus excesos en la comida y ha mejorado su dieta para reducir las ansias de comer, no necesita un plan de comidas a modo de «autoridad externa».

Nutrirnos por nosotras mismas y no para complacer a los demás no es algo muy común entre las mujeres. Hemos sido condicionadas socialmente para relacionarnos con los demás y demostrarles nuestro amor comprando los alimentos, preparándolos, sirviéndolos y después fregando los platos cada día. Cuando las relaciones en casa o en el trabajo no son totalmente satisfactorias y positivas, las mujeres (y también los hombres) tratamos de llenar con comida el vacío que sentimos en nuestro centro, un vacío que ninguna cantidad de comida va a llenar. Dadas las poderosas fuerzas culturales que nos mantienen atascadas en el hábito de comer para llenar ese vacío interior, los intentos por mejorar la dieta van a ser saboteados mientras no comprendamos, intelectual y emocionalmente, por qué comemos en exceso, o dejamos de comer, o sólo comemos alimentos de poco valor nutritivo. Solamente nosotras mismas podemos dar el paso hacia la liberación de esas influencias. Cuando haya suficientes mujeres que hagan esto, la cultura también cambiará.

La mejora en la dieta y los programas de ejercicios están destinados al fracaso si no van acompañados por una gran cantidad de amor por nosotras mismas, buen humor y flexibilidad personal. Cualquier sombra de culpabilidad mientras comemos un helado es disponernos al fracaso y también una forma de maltratarnos a nosotras mismas. Una de mis pacientes, que seguía una dieta macrobiótica para sanar sus fibromas, descubrió que cuando decía: «Me amo y me respeto» le desaparecían las ansias de comer. Cuanto mejor se sentía consigo misma, más deseos tenía de comer de forma sana.

Paso 7: Actualizar la programación cultural

La comida y las emociones están muy profundamente ligadas en los seres humanos, y por motivos mucho más antiguos que la actual obsesión por la delgadez. Durante siglos fuimos capaces de sobrevivir porque comíamos lo que las tribus decían que estaba bien comer. Evitábamos las bayas venenosas y comíamos lo que la Madre nos decía que no encerraba ningún peligro. El alimento ha sido siempre una parte esencial del ritual diario de vivir, y los alimentos que nos daban en la infancia nos han dejado una profunda huella. En un plano inconsciente y consciente, nos sirven para sentirnos seguros y queridos.

[*] Este último está traducido al castellano: *Salud para toda la vida*, Urano, Barcelona, 1997.

El papel tradicional de las mujeres como madres —el de proveedoras del «alimento tribal»— está pasado de moda; las mujeres ya no necesitan considerarse las únicas proveedoras de alimento para sus clanes, pero de todos modos este papel continúa profundamente arraigado, así como la elección de elementos tribales que implica. Varias pacientes mías vegetarianas me han contado que sus respectivas madres continúan ofreciéndoles carne asada como plato especial cuando van a casa. Para esas madres, el asado simboliza el amor y la atención. Está profundamente arraigado el condicionamiento que dice a la mujer que debe servir abundantes alimentos grasos a su familia para asegurar su supervivencia. Es necesario tomar conciencia de esos patrones. Lo que en otro tiempo aseguraba la supervivencia, hoy nos está matando.

En su libro *Fat Is a Feminist Issue,* Susie Orbach documenta lo ligadas que estamos las mujeres con la comida, porque es nuestro imperativo cultural alimentar a todo el mundo.[9] Si bien mi madre estaba bastante adelantada a su época en muchas cosas, en lo relativo a la comida seguía siendo un producto de su cultura. Tan pronto como se limpiaba la mesa de los platos del desayuno, mi padre le preguntaba: «¿Qué tendremos para comer a mediodía?». Mi madre solía decirme que no le preguntara a mi padre nada que fuera importante o controvertido mientras no hubiera comido, lo cual me enseñó que mi tarea era alimentar a los hombres, porque se supone que un hombre hambriento es imprevisible. A última hora de la tarde, cuando mi padre llegaba del trabajo, mi madre ponía la mesa, aunque no hubiera comenzado a preparar la cena, para que mi padre «creyera» que estaba en marcha, que ella llevaba horas ocupadísima preparándosela. Una colega amiga dice que su madre solía comenzar a freír cebolla justo antes de que llegara su padre; entonces la casa olía como si se estuviera haciendo la cena, aunque todavía no la hubiera comenzado a preparar. Él decía: «¡Qué bien huele, cariño!». Entonces ella empezaba a preparar la cena, cuando él ya se había convencido de que hacía rato que se estaba haciendo.

Mi madre y la madre de mi amiga actuaban según el imperativo de los años cincuenta y sesenta de que la función de la mujer era alimentar al que mantenía a la familia cuando llegaba a casa, sean cuales fueren las necesidades o los planes que ella tuviera. Este imperativo de alimentar a los hombres hambrientos también funciona en el terreno sexual, al menos eso creo. A las mujeres se nos ha educado en la creencia de que los hombres tienen «necesidades sexuales» que nosotras hemos de satisfacer. Es la tarea y el deber de la mujer satisfacer el apetito sexual del hombre, además de su apetito alimentario. Si no lo hace lo suficientemente bien, él está justificado para buscar fuera de casa la satisfacción a sus necesidades masculinas. Aunque jamás nadie ha muerto por falta de un orgasmo, el mito cultural de los siglos pasados ha sido que si un hombre no es feliz en su matrimonio, la culpa es de la mujer. Mi abuelo dejó a mi abuela, según me han dicho, porque ella no era «lo bastante mujer» para él (lo que eso significa sólo podemos suponerlo).

Muchas mujeres me han contado que cuando eran niñas, las horas de las comidas dependían de la llegada del padre a casa. Si se atrasaba, lo esperaban una o dos horas, mientras la madre trataba de mantener apetitosa la comida y tranquilizar a los hambrientos hijos diciéndoles que había que esperar para sentarse todos a la mesa a hacer una comida familiar como «debe ser». En su libro *Composing a Life,* Catherine Bateson explica que la presencia de un hombre en casa aumenta considerablemente el trabajo, no porque vaya dejando muchos calcetines sucios tirados por ahí, sino debido a las expectativas que tiene de las personas que lo rodean, y las que tienen de sí mismas las personas que lo rodean. «A las mujeres se les enseña a negarse a sí mismas por el bien del matrimonio — escribe—; a los hombres se les enseña que el matrimonio existe para apoyarlos.»[10] Tenemos el poder de cambiar esa situación, en primer lugar tomando conciencia de cómo nosotras mismas la perpetuamos.

Muchas mujeres me han comentado cuánto más fácil les resulta la vida cuando su marido sale de viaje y ellas no tienen que organizar las comidas, la limpieza y las horas de descansos según los planes de él. Habiendo sido adoctrinadas toda la vida acerca de que su valía está ligada a cocinar para los hombres, muchas mujeres simplemente no cocinan cuando no hay ningún hombre en casa a quien complacer. Muy en el fondo han asimilado que sólo por «él» vale la pena ese trabajo, no por ellas mismas. Y durante años se han sentido resentidas en silencio por ello.

Las necesidades alimentarias y emocionales de muchos hombres han sido satisfechas por mujeres desde su nacimiento. Cuando se casan, su mujer toma el relevo de su madre. Si un hombre cocina o se ocupa de los hijos, eso no es algo que se espere culturalmente que haga, de modo que casi se considera un regalo, algo extra que él hace por la familia. Cuando una mujer me cuenta que prepara tres comidas diferentes cada noche debido a las diversas preferencias que hay en su casa, inmediatamente le recomiendo que lea un libro sobre la codependencia o que asista a reuniones que tratan de este tema. Preparar tres comidas diferentes para personas que no valoran ese trabajo, y que de hecho hacen comentarios negativos sobre él, es una clásica adicción a la relación. (Pero, por otro lado, si ella es bien recompensada por su trabajo, le encanta cocinar y ha acordado con su familia ese arreglo, entonces no hay problema.)

Mi madre y miles de otras mujeres recurrían a estrategias como la de freír cebolla para crear la ilusión de que estaban preparando la comida con el fin de sobrevivir, y nos transmitieron esas sutiles formas de engañar. Sólo en los cinco últimos años más o menos he tomado conciencia de lo lejos que he llegado en la desprogramación de esos primeros mensajes. Un día en que estoy en casa y mi marido no, soy muy consciente de mi programación personal de que la casa debe estar ordenada antes de que él llegue del trabajo y de que hay que comenzar a preparar la cena. Me doy cuenta, pero ya no lo hago necesariamente, a menos que lo desee. Te animo a revisar algunas de las formas sutiles y no tan sutiles en que has sido condicionada.

Paso 8: Tomar conciencia de los «debo» y «tengo que»

No se puede hacer ninguna mejora dietética mientras no se ha explorado el propio campo minado de la alimentación (desde la infancia al momento actual) y analizado sinceramente las suposiciones de que una es el chef de cocina y la limpiadora de biberones, o que no tiene tiempo para prepararse y disfrutar de una comida sola. Ahora sobre todo, cuando la gran mayoría de mujeres trabajan a jornada completa fuera de casa, es muy necesario que hagamos una puesta al día respecto a la época de nuestras madres.

Hazte las siguientes preguntas:

- ¿Te sientes personalmente responsable de pensar en las comidas de la familia, comprar los alimentos necesarios y prepararlas?
- Si el refrigerador está vacío cuando tu familia tiene hambre, ¿te sientes culpable o incapaz?
- ¿Has hablado de esto con tu pareja? ¿Y con tus hijos? ¿Y con otros seres queridos?

Antes de darme cuenta de mis «debo» y «tengo que» interiores e inconscientes sobre la preparación de la comida, que ciertamente debo de haber llevado a mi matrimonio junto con mis esperanzas y sueños, a veces me ofendía cuando mi marido me preguntaba inocentemente: «¿Qué vamos a cenar?». Pensaba que él me obligaba a planear las comidas, comprar lo necesario y prepararlas. Él no entendía por qué me irritaba tanto. Por un tiempo, yo tampoco. Después me di cuenta de que yo suponía automáticamente que alimentarlo era mi responsabilidad, aunque los dos trabajáramos largas horas en el mismo trabajo. Una vez que tomé conciencia de mi programación, dejé de culparlo a él de que yo me sintiera obligada a cocinar y limpiar en *contra* de *mis deseos.* Al *mismo tiempo* que yo tomaba conciencia de mis «debo», él también comenzó a considerar los suyos, con un poco de ayuda mía. Llegó a darse cuenta de que él esperaba que yo hiciera los trabajos que su madre había hecho siempre. Una vez que fuimos conscientes de nuestras expectativas inconscientes respecto a la comida, la cocina y la limpieza, nuestra relación mejoró en ese aspecto. (En la mayoría de las relaciones hace falta expresar los tácitos «tengo que» y «debo» de los dos miembros de la pareja, y no digo que sea fácil.)

Ahora, pregúntate:

- ¿Disfrutas cocinando?
- ¿Te preparas comidas deliciosas incluso cuando estás sola? Si la respuesta es que no, ¿eliges comidas sanas cuando comes fuera o cuando otras personas te preparan la comida?

Para mí, las vacaciones no valen si tengo que cocinar tres comidas al día. Una vez alquilamos una cabaña en una isla cercana y tuve la impresión de que lo único que hacía era cocinar y limpiar. Las niñas querían tentempiés cada dos por tres y aún no eran lo suficientemente mayores para preparárselos ellas solas. Al final de esa semana, no me sentía relajada, sino furiosa. Sin embargo, sí puede ser agradable cocinar en vacaciones cuando la actividad se comparte con los demás.

Mi madre me dijo hace poco: «No me extraña que las jubiladas salgan a comer fuera con tanta frecuencia. Muchas de esas mujeres han tenido que preparar tres comidas al día durante más de cuarenta años. No es raro que estén hartas de cocinar». Y aunque la comida en los aviones no siempre es sana, yo prefiero que me sirvan antes que llevar conmigo comida sana. Creo que esto nace de ser madre y haber tenido que servir a otros, excluyéndome a mí misma, durante tanto tiempo. Me encanta que me sirvan y no tener que fregar los platos después. También noto que cuando como fuera y me sirve otra persona, como menos pero me siento más satisfecha.

Paso 9: Dejar de hacer dieta

Los estudios han demostrado que bajar y recuperar peso y la «mentalidad dieta» tienen consecuencias negativas en la salud, sea cual sea el peso real de la persona.[11] Y sólo un porcentaje muy pequeño de mujeres logran bajar de peso y conservarlo haciendo dieta, pese a la multimillonaria industria de las dietas. Hemos de observar sinceramente nuestro comportamiento en este terreno y comprometernos a cambiar. Conviene hacer cambios lentos y permanentes en la forma de comer que se conviertan en una forma de vida, no en estar «a dieta».

¿ Tienes la «mentalidad dieta» ?

- ¿Tienes tanto miedo de subir de peso que por rutina evitas comer lo que te gusta?
- ¿Evitas comer durante el día para poder atiborrarte en la cena?
- Cuando estás delante de un bufé, ¿te dices que no debes comer lo que verdaderamente te apetece?
- ¿Te pesas varias veces durante el día?
- Cuando te subes a la báscula y ves que pesas medio kilo o más que de costumbre, ¿te reprendes por ello? ¿Dejas que eso te estropee el día e influya en lo que comes?
- ¿Te matas de hambre hasta el punto de que después devoras lo que sea que encuentres, prácticamente sin saborearlo?
- ¿Te dices «Ahora comeré esto, pero comenzaré una dieta el lunes», o después de Año Nuevo?
- ¿Bebes rutinariamente café o bebidas dietéticas con cafeína durante el día para reemplazar la comida?
- ¿Sabes cuántas calorías tienen la mayoría de los alimentos?

Si has contestado «*sí*» a cualquiera de estas preguntas, probablemente has heredado la «mentalidad dieta». Bob Schwartz, autor del libro *Diets Don't Work* [Las dietas no resultan], realizó un estudio de personas que no tenían ningún problema con el peso ni con la comida, para determinar si sería la restricción de alimentos lo que generaba la «mentalidad dieta».[12] A las personas estudiadas se les impusieron dietas para perder 4,5 kg cada una. Mientras hacían la dieta para perder peso, muchas de estas personas que antes no eran adictas a las dietas, desarrollaron la «mentalidad dieta». Se obsesionaron con la comida, en muchos casos por primera vez en su vida. Después de bajar esos 4,5 kg requeridos, muchos recuperaron lo perdido e incluso añadieron otros 2,5 kg más. Bajar esos 2,5 kg añadidos les costó mucho más que bajar los primeros 4,5 kg. Por el proceso mismo de restricción de alimentos y dieta, esas personas anteriormente delgadas se convirtieron en personas con problemas de peso.

Después de leer ese estudio, finalmente comprendí por qué yo desde los 13 años había estado luchando contra esos cuatro kilos y medio. Mi primera dieta me había implantado firmemente la «mentalidad dieta», y mi cuerpo se había rebelado, haciendo más difícil cada intento posterior de restricción.[13] Allí mismo juré parar, y pasé seis años sin pesarme (a no ser en el examen físico para el seguro). Durante ese tiempo comencé a liberarme de un ciclo destructivo de maltrato al cuerpo comenzado muchos años antes. También decidí que si quería confiar en que mi cuerpo sabe lo que debo pesar, era mejor darle la oportunidad.

Dado que subirme a la báscula tenía para mí una fuerte carga emocional, sabía que era mejor evitarla hasta que el peso que marcara ya no tuviera ningún poder adverso sobre mí. Al igual que muchas, dejaba que el número de la báscula me dijera si estaba bien o mal, y le permitía que determinara la calidad de mis días: si pesaba menos de 55 kg (o cualquier otro peso que fuera el ideal para mí en ese tiempo), era un buen día; si pesaba más, era un mal día. Ahora he hecho un acuerdo de paz con la báscula porque comprendo con mucha mayor claridad sus limitaciones. Este es un proceso continuo que me ha llevado años.

Paso 10: Hacer las paces con el peso

> El exceso de peso son sueños almacenados. Existe el mito de que podemos almacenar tiempo. Las culturas primitivas almacenaban alimentos para el invierno.
> Nosotras almacenamos tiempo en las caderas.
>
> DRA. PAULANNE BALCH

A lo largo de los años muchísimas mujeres me han preguntado: «¿Cuánto debo pesar?». Si bien desde que nacimos nos han pesado y medido, comparándonos con el ideal cultural, cada mujer tiene un peso natural en el que su cuerpo va a permanecer la mayor parte del tiempo si come de acuerdo con sus necesidades físicas y

hace ejercicio con regularidad. Su peso fluctuará en uno o dos kilos en cualquier semana, y también variará con su ciclo mensual o su ciclo anual. Esta fluctuación casi siempre se debe a cambios en los niveles de líquido, no de grasa o músculos, y es normal. Es posible que el peso natural y sano de la mujer no concuerde con las tablas de peso de las compañías de seguros o del médico, y que no tenga relación alguna con las tallas de ropa (véase cuadro 11 en p. 748).

El peso como medida de la salud no toma en cuenta la composición del cuerpo y es, por lo tanto, engañoso y ambiguo. El concepto de peso corporal «ideal» no sólo es muy destructivo para muchas mujeres, sino también una forma obsoleta de pensar en la salud. Una medida mucho más lógica es el porcentaje de grasa corporal, del que hablaremos en el paso 12.

Sin embargo, a casi todas las mujeres, yo incluida, se nos ha hecho un lavado de cerebro en algún momento de nuestra vida acerca de lo que debemos pesar. Así, generalmente a partir de su adolescencia, cada mujer vive con un peso ideal grabado en el cerebro, un peso que es casi siempre de dos a cinco kilos menos de lo que pesamos realmente. Si constantemente nos juzgáramos según el ideal de nuestros medios de comunicación, estaríamos en guerra perpetua con nuestro cuerpo. El peso promedio de Miss Estados Unidos bajó de 60 kg en 1954 a 53 kg en 1980. La modelo ideal de hace 25 años pesaba un 8 por ciento menos que la estadounidense normal de esa época; hoy en día la modelo ideal pesa un 25 por ciento menos que la estadounidense normal.[14] Así pues, la imagen del cuerpo «ideal» que aparece en los medios de comunicación actuales es inalcanzable para la mayoría de las mujeres, a no ser que tomen laxantes diariamente, sean anoréxicas o hagan ejercicio de modo adictivo como forma de controlar el peso.

CUADRO 11
PESO RECOMENDADO PARA ADULTOS*

	Peso en kilogramos[1]	
Altura[2] (cm)	19-34 años	> 35 años
150	42,5 - 56	47,5 - 60
152,5	44 - 58	49 - 62,5
155	45,5 - 60	50 - 65
157,5	47 - 62	52 - 67
160	48,5 - 64	54 - 69
162,5	50 - 66	55 - 71
165	51,5 - 68	57 - 73,5
167,5	53,5 - 70	59 - 75,5
170	55 - 72,5	61 - 78
172,5	56,5 - 74,5	62,5 - 80,5
175	58,5 - 76,5	64,5 - 83
177,5	60 - 79	66 - 85
180	61,5 - 81	68,5 - 88
182,5	63 - 83,5	70 - 90

* Se ha hecho la conversión de libras a kilogramos y de pies y pulgadas a centímetros. *(N. de la T.)*

1. El peso se toma sin ropa. En general el peso mayor se aplica a los hombres, que tienden a tener más masa muscular y ósea que las mujeres, y el peso inferior a las mujeres.
2. La altura se mide sin zapatos. Adaptado de *Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans,* **publicación del Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (Washington D. C., 1990).**

Las revistas dirigidas a las adolescentes están llenas de información sobre dietas y peso, y sólo sirven para enganchar a las jóvenes en una obsesión permanente por el peso y la comida que mantiene su energía y su poder obstruidos hasta que finalmente encuentran el valor y la orientación necesarios para salirse de ese

camino que no va a ninguna parte y liberar al mismo tiempo una gran cantidad de energía creativa. Las estadísticas sobre los trastornos de la alimentación hablan por sí solas. En la actualidad, el 1 por ciento de la población femenina de Estados Unidos sufre de anorexia nerviosa.[15] La bulimia, que consiste en atiborrarse de comida y luego inducirse el vómito, tomar laxantes o diuréticos y hacer ejercicio para perder peso, está presente en un 20 por ciento de las jóvenes universitarias; se produce en su mayoría en jóvenes de menos de treinta años. Menos del 5 por ciento de los casos corresponden a hombres.[16] En todo caso, la mayoría de las bulímicas no pierden peso de un modo excesivo, sino que pesan ligeramente más de lo que querrían.

Los profesionales de la medicina refuerzan este comportamiento adictivo haciendo de «policías del peso», pesando a las mujeres en su consulta año tras año y recomendándoles que bajen de peso, sin tratar las complejidades de la nutrición de las mujeres. Dado que hasta hace poco la mayoría de los médicos eran hombres, su imagen interior de la mujer «ideal» ha sido fuertemente influida por los medios de comunicación. La experiencia masculina del control del peso suele ponerse de modelo para las mujeres. Uno de mis colegas era remero del equipo de la universidad, en la categoría de peso ligero. Siempre ha pesado alrededor de 72 kilos y mide 1,80 m. Cuando una semana antes de la regata su peso sobrepasaba un poco el límite del permitido en su categoría, sencillamente dejaba de comer postre unos días y corría un poco más; siempre le ha resultado fácil controlar su peso; para él no es un problema «moral» en absoluto. Además, procede de una familia a la que yo llamo «dotada genéticamente», porque en ella nadie tiende al sobrepeso, ni siquiera en la edad madura; es evidente que él y sus familiares metabolizan los hidratos de carbono en energía con mucha eficiencia. Dada la experiencia personal de mi colega, su método para los problemas de peso es la norma en la comunidad médica. Perder peso, se les dice a las mujeres, es sólo una cuestión de autodisciplina y fuerza de voluntad. Por lo tanto, si no consigues tener el cuerpo como lo quieres (o como la sociedad dice que debe ser), eres débil y careces de autodominio.

Personalmente, alrededor de los 15 años decidí que mi peso ideal para mi altura debía ser 52 kilos. Tomé esa decisión después de leer revistas para adolescentes en las que se decía que para una persona de 1,60 m de estatura esa cifra era la ideal; luego me pasé los veinte años siguientes tratando de conseguir ese peso, y lo logré sólo una vez, cuando estaba en la universidad, al comer irregularmente y restringirme ciertos alimentos. Más adelante, después de tener dos hijas, de mala gana me acomodé a un nuevo peso «ideal», 56 kilos, otro objetivo esquivo que tampoco logré conseguir pese al ejercicio y las modificaciones dietéticas. Tuve que llegar a los 47 años para comprender que con un porcentaje sano de grasa corporal y con el esqueleto grande que tengo, mi peso debía estar entre los 62 y los 63 kilos que peso en realidad. De modo que, al igual que muchas de mis pacientes, me he pasado la mayor parte de mi vida adulta luchando contra mi volumen natural y sano. Agradezco que este comportamiento esté llegando a su fin, en mí y en muchas de mis pacientes también. Con el fin de hacer pública mi autoaceptación recién hallada, en la solicitud para renovar mi permiso de conducir este año, puse mi peso correcto, relegando a la historia esos esquivos 56 kilos. Esto lo hice como un acto de recuperación de mi poder personal, y animo a más mujeres a hacer lo mismo.

La mayoría de las mujeres tenemos el cuerpo hecho para ser más voluminoso que el ideal cultural. El cuerpo femenino almacena más grasa que el masculino; es el modo que tiene la naturaleza de asegurar que se satisfagan las necesidades de crianza y lactancia durante las épocas de hambruna. La mayor cantidad de testosterona que produce el cuerpo masculino contribuye a que los hombres suelan tener un cuerpo más delgado y un metabolismo mucho más rápido que el de las mujeres. Los hombres también tienen *proporcionalmente más* masa muscular que las mujeres, lo cual es otro factor que contribuye a su mayor velocidad metabólica. Dado que la expectativa cultural de las mujeres es que nunca podemos estar demasiado delgadas, y dado que la delgadez se relaciona con el autodominio, el combate de toda la vida con la comida y el peso corporal es una norma cultural. Nuestro cuerpo y su peso son los barómetros por los cuales la sociedad mide lo sanas, atractivas y valiosas que somos.

¿Cuánto autodominio y cuánto maltrato al cuerpo debemos soportar las mujeres para caer en la cuenta de que hay algo terriblemente erróneo en nuestro enfoque del «problema del peso»? Fuerza de voluntad y autodominio son exactamente lo contrario de lo que nos hace falta. Necesitamos ver en los medios de comunicación imágenes de mujeres normales y sanas, que sean fuertes y delgadas, pero no anoréxicas. Oprah Winfrey es un ejemplo de esto, y la aplaudo. Pero resulta que incluso mujeres que tienen un cuerpo culturalmente «perfecto» me dicen que no se sienten a gusto consigo mismas. Al margen de nuestro volumen corporal, respetarnos y aceptarnos a nosotras mismas es el punto de partida para hacer las paces con nuestro peso. Hemos de saber que tenemos el poder necesario para salimos de la rueda del peso y comenzar a disfrutar de nuestra vida, estemos como estemos en estos momentos. Tratándose de nuestro cuerpo, seremos sabias al seguir el consejo de Louise Hay, que enseña que los cambios en la vida (y en el cuerpo) que nos atraemos con amor son

permanentes, mientras que los que se producen cuando nos maltratamos y nos negamos a nosotras mismas serán siempre pasajeros.

Paso 11: Determinar la constitución ósea (o volumen óseo)

Para conseguir una salud y una composición corporal óptimas, es necesario que cambiemos el modo programado que tenemos de pensar en nuestro volumen. Para saber si tienes una constitución ósea pequeña, mediana o grande, rodéate una muñeca con el pulgar y dedo medio de la otra mano, justo en el lugar donde llevas normalmente el reloj o una pulsera. Si las puntas de los dedos se solapan, tienes un esqueleto pequeño; si sólo se tocan, lo tienes mediano, y si no se tocan, lo tienes grande. La longitud de los dedos no tiene nada que ver en esto, porque es proporcional al tamaño de tu muñeca. Los estudios han demostrado que las personas de constitución ósea grande suelen hacer repetidos intentos, innecesarios e infructuosos, de adelgazar con dietas. Así pues, si tienes un esqueleto grande, bendícelo y continúa con tu vida; probablemente nunca vas a pesar 52 kilos, y no hay ningún motivo para pensar que deberías pesar eso; en realidad, sería peligroso. Aunque te he dicho que el peso es una medida obsoleta de la salud, deseo ayudarte a sanar de tus antiguos conceptos erróneos sobre el tema. Mira en el cuadro 11 (p. 748) los pesos recomendados por el Departamento de Agricultura para personas adultas, tanto hombres como mujeres. Verás que, según sea el tamaño de tu estructura ósea, hay un amplio margen de pesos que son perfectamente aceptables y sanos.

Paso 12: Descubrir si se está en forma o no

A todas se nos ha enseñado que el exceso de peso no sólo es feo, sino también un riesgo para la salud. Los estudios han relacionado el exceso de grasa con la hipertensión, las enfermedades cardiacas y el cáncer, por ejemplo.[17] La obesidad se define oficialmente como un exceso del 20 por ciento sobre el peso corporal «deseable» de una persona. Según esta definición, el 27,1 por ciento de todas las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 75 años son obesas.[18] Pero, en realidad, el peso es una medida de salud sin sentido. ¿Por qué? Pues porque la masa corporal magra pesa mucho más que la grasa. Los músculos son un 80 por ciento de agua, mientras que la grasa es sólo de un 5 a un 10 por ciento de agua. La masa muscular pesa ocho veces más que la cantidad equivalente de grasa.[19] Una persona puede mostrar un peso «normal», e incluso menos, y tener exceso de grasa. Otras podrían pesar mucho más de lo que «deberían» según las tablas de peso y sin embargo tener un porcentaje ideal de grasa corporal. El motivo de esto es que la masa corporal magra pesa mucho más que la grasa. Algunas mujeres van a subir de peso cuando comiencen a aumentar su masa corporal magra, pero al mismo tiempo van a reducir algunos centímetros de volumen. Esto se debe a que 1 kilo de grasa ocupa cerca de 1,4 dm^3.

Una de mis pacientes, a la que llamaré Mildred, era ex corredora de maratón y durante años pensó que tenía forma de knockwurst [una salchicha corta y gruesa]. Aunque usaba una talla 44, hacía ejercicio y se veía estupendamente bien, yo no lograba convencerla de que debía dejar de intentar bajar hasta los 56 kilos. Sus amigos siempre creían que pesaba menos de lo que pesaba porque tenía una muy considerable cantidad de masa muscular magra. Sólo cuando le medimos la composición del cuerpo, que reveló que su porcentaje de grasa era sólo de un 25 por ciento, comenzó a caer en la cuenta de que su peso, que oscilaba entre los 61 y los 63 kilos, estaba sano y se encontraba en la franja ideal.

Haz que te midan la grasa corporal. Este es uno de los pasos más útiles que puedes dar para liberarte de la tiranía del «peso demasiado». Puedes pedir esta medición en las consultas de muchos médicos y en casi todos los gimnasios. También se venden aparatos para medir la grasa corporal. Un porcentaje de grasa sano para las mujeres varía entre un 20 y un 28 por ciento. Actualmente la grasa corporal de la mujer estadounidense promedio es del 33 por ciento.[20]

Por hacer una comparación, la grasa corporal por término medio de las corredoras de competición es de un 18 por ciento, mientras que la de las anoréxicas puede llegar al 10 por ciento, un porcentaje tan bajo que su cuerpo debe consumir sus órganos internos por falta de combustible. En cambio, un porcentaje sano de grasa corporal en los hombres es del 15 por ciento, y en los atletas puede llegar al 3 o al 4 por ciento. El porcentaje de grasa corporal es un terreno en el que puede ser mortal imitar a los hombres, porque el ciclo hormonal normal de la mujer se interrumpe si la grasa corporal es inferior al 17 o 18 por ciento.

Si en estos momentos tu grasa corporal está en una franja sana, felicítate y continúa haciendo lo que haces. Si es demasiado elevada, reduciéndola no sólo vas a verte y sentirte mejor, sino que también disminui-

rás el riesgo de hipertensión, un nivel elevado de colesterol, diabetes de adulto, enfermedad cardiaca y retención de líquido. De hecho, si ya tienes alguna de estas enfermedades, aumentar la masa corporal magra y reducir el porcentaje de grasa es uno de los mejores tratamientos.

Paso 13: Reeducar los ojos

Todas nos damos cuenta de que las supermodelos —los símbolos culturales actuales de belleza— se ven más delgadas que casi cualquier persona que conocemos o vemos regularmente. También sabemos que las imágenes que aparecen en las revistas se retocan con aerógrafo y están tan manipuladas que las mismas supermodelos no se reconocen en ellas. ¿Cómo puede alguna de nosotras sentirse atractiva con un porcentaje sano de grasa corporal cuando todas las supermodelos deben tener un 18 por ciento o menos?

La respuesta es que todas tenemos que reeducar los ojos para ver la belleza inherente en una mujer sana con una composición sana del cuerpo, cuya imagen no está manipulada con aerógrafo ni mejorada con ordenador, y no es la de un cuerpo casi anoréxico ni parece algo así como un adolescente con grandes pechos.

Por eso nos va bien a todas ver a mujeres como Oprah Winfrey. Vi su serie en cuatro partes en el programa *Today*, cuando estaba promocionando su libro *Make the Connection.* Me impresionó ver resplandecer la salud y la vitalidad de Oprah cuando, vestida con una ceñida malla, compitió con Katie Couric en una rapidísima caminata. Era como una central de energía de autoaceptación cuando explicó que había llegado a aceptar su volumen y el hecho de que jamás se parecería a una supermodelo. Al aceptar eso y siendo tan franca y sincera, nos ayuda a todas a aceptar más plenamente nuestro cuerpo y al mismo tiempo a trabajar para que se convierta en lo mejor que puede ser. Otro modelo de poder y autoaceptación es Rosie O'Donnell. El mundo es un lugar mejor por las aportaciones de estas dos mujeres.

Paso 14: Comer para sentirse sana

La mayoría de las mujeres no logran llegar a la fase de comer para nutrirse totalmente mientras no hacen algún progreso en los aspectos señalados en los pasos anteriores. Pero finalmente estarás motivada para comer alimentos de la mejor calidad; cuando recurras con regularidad a tu guía interior para que te diga qué y cómo comer, descubrirás que los alimentos que te convienen y los que deseas comer son los mismos. Ten paciencia.

Una pintora de 39 años mejoró su dieta con el fin de sanar una vaginitis crónica. Después me comentó: «Me siento más ligera y más limpia cuando como así. Ya no tengo ese moquillo permanente en la nariz. Además, he perdido cuatro kilos desde la última vez que vine a verla. No me siento limitada en absoluto. Sé que puedo comer cualquier cosa que me apetezca. Usted me dijo que sólo comiera alimentos integrales y que experimentara después de evitar los productos lácteos durante un mes. Así pues, pasado ese mes volví a comer queso, pero descubrí que no me gusta cómo le sienta a mi cuerpo. Dejé de comerlo y me encuentro mejor. *Voy observando que cada vez más lo que deseo es también lo que me hace sentir mejor.* Esto no es un castigo, es simplemente otra manera de ver las cosas. Para mí es un cambio total de filosofía».

Esta paciente experimentó un cambio en su modo de considerar el alimento. El adelgazamiento fue un efecto secundario. Cambió la dieta para crearse salud, no para bajar de peso. Al cambiar de dieta para crearse salud, no sólo perdió peso, sino que finalmente llegó al punto en que el alimento que deseaba era también el que la hacía sentirse mejor. Ahora está sintonizada con la sabiduría de su cuerpo, y su anterior guerra contra sí misma ha finalizado.

Mejorar la nutrición y hacer ejercicio regularmente son formas poderosas de crear salud. A muchas mujeres las sorprende lo bien que se sienten cuando eliminan de su dieta gran parte de los alimentos refinados, el exceso de azúcar y la cafeína. Es impresionante la relación entre la dieta, la grasa y la salud de los órganos femeninos. Una dieta rica en ácidos grasos «trans» (véase p. 764) e hidratos de carbono refinados, y pobre en fibra, es parte del motivo de que estén aumentando el cáncer de mama, la endometriosis y los miofibromas uterinos, que afectan a millones de mujeres. El 60 por ciento de todos los cánceres femeninos (mamas, ovarios y útero) están relacionados con la alimentación.[21] Tanto los trastornos benignos como los malignos de ovarios, mamas y útero están relacionados con niveles de estrógeno demasiado elevados.[22] Una dieta rica en hidratos de carbono puede contribuir a aumentar los niveles de estrógenos metabólicamente activos en la sangre, ya que podría producir un elevado nivel de triglicéridos que desplazarían a los estrógenos de las globulinas que los contienen. Una dieta rica en diversas fibras vegetales puede bajar los niveles de estrógeno, disminuyendo así el riesgo de cáncer de mama. Las fibras vegetales cambian el metabolismo del estrógeno en el intestino: se excreta más y queda menos cantidad disponible para ser asimilada en el torrente sanguíneo.

Las mujeres que tuvieron la primera menstruación a edad temprana y tienen tarde la menopausia, corren un mayor riesgo de contraer cáncer de mama. En Estados Unidos es característico que las mujeres tengan la primera menstruación pronto (a los 12 o 13 años) y la menopausia tarde.[23] Pero las mujeres que siguen dietas vegetarianas pobres en grasa, como las chinas y las del pueblo kung, suelen tener el primer periodo menstrual a los 16 o 17 años, y también les comienza antes la menopausia. Los índices de cáncer de mama entre estas mujeres son muy bajos.[24] Sin embargo, lo mismo se puede decir de las sociedades cazadoras-recolectoras, cuyas dietas son ricas en carne y grasa, pero relativamente pobres en hidratos de carbono. Aunque estos datos parezcan contradictorios, lo que está claro es que una dieta rica en alimentos refinados y procesados no es sana; es mucho más sana una dieta a base de alimentos integrales o completos de todo tipo (incluidas carnes y algunos tipos de grasa). Lo que también está claro es que un elevado grado de actividad física, común entre las mujeres de los pueblos mencionados, también contribuye a reducir el porcentaje de grasa corporal.

Paso 15: Rehabilitar el metabolismo

A muchas mujeres les ocurre, sobre todo después de años de hacer dieta, que no logran bajar de peso ni siquiera consumiendo sólo 1.200 calorías al día. Incluso podrían subir de peso con esa cantidad, lo cual es tan desmoralizador que les produce más desesperación y les aumenta el nivel de cortisol, que inhibe aún más la pérdida de grasa. Qué círculo vicioso, ¿verdad? Perder grasa es algo más que contar calorías. Cuando se disminuye repetidamente el total de calorías, es natural que el cuerpo se vuelva conservador y haga más lento el metabolismo. Es probable que después de cada ciclo de bajar y subir de peso, la proporción de grasa corporal aumente. Y aun en el caso de no haber hecho nunca dieta, la masa muscular magra, si no se la mantiene activamente, va disminuyendo y va siendo reemplazada por grasa.

Todo esto se puede cambiar. Para acelerar el metabolismo es necesario disminuir la cantidad de tejido graso, aumentar la masa muscular (los músculos queman más calorías que el tejido graso, incluso cuando estamos durmiendo) y restablecer la sensibilidad del cuerpo a los efectos de la insulina.

Restablecer la sensibilidad del cuerpo a la insulina es esencial para la salud. La insulina, una hormona producida por el páncreas, es esencial para el paso eficiente de la glucosa desde el torrente sanguíneo a las células, que la utilizan como energía. En una persona que se vuelve resistente a la insulina, sea por motivos genéticos o a causa de la dieta que sigue, los sensores de insulina presentes en las células dejan de reaccionar bien y no sacan el azúcar de la sangre. Esto inicia un círculo vicioso en el que el páncreas fabrica más y más insulina para mantener en funcionamiento un organismo cada vez más resistente. Aunque tendíamos a creer que la resistencia a la insulina sólo era un problema de la diabetes de adulto, muchas personas no diabéticas también son propensas a este trastorno.

La resistencia a la insulina va de la mano con una dieta rica en hidratos de carbono refinados y con un estrés emocional permanente, traumatismos físicos o falta de ejercicio. El exceso de insulina estimula al cuerpo a almacenar grasa y a aumentar la producción del colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad).[25] También estimula la sobreproducción de la serie de eicosanoides 2 (entre ellos los leucotrienos y las prostaglandinas, de las que hablamos en el capítulo 5, en la sección sobre el síndrome premenstrual). Estos eicosanoides a su vez causan inflamación de los tejidos y lesiones microcelulares, lo cual relaciona la resistencia a la insulina con diversas enfermedades, desde las cardiacas y la obesidad hasta la enfermedad poliquística de los ovarios, la toxemia gravídica, la artritis y el cáncer.[26]

En muchas personas el exceso de grasa corporal es a la vez causa y consecuencia de la resistencia a la insulina. El desequilibrio de los eicosanoides resultante es parte del motivo de que incluso una modesta reducción de grasa corporal normalice a menudo trastornos como la hipertensión y la hinchazón de los tobillos.

Actualmente los estudios indican que muchas personas que consumen principalmente alimentos refinados comienzan a perder la sensibilidad a la insulina al final de la infancia o comienzos de la adolescencia. Podría ser que esto no se les manifestara en forma de aumento de peso o problemas de salud hasta pasados los treinta o cuarenta años, cuando también ha disminuido su actividad física. Afortunadamente, es posible deshacer el daño causado por la resistencia a la insulina y rehabilitar el metabolismo. He aquí cómo:

DEJAR DE CONTAR LAS CALORÍAS. En general, contar las calorías es un método obsoleto. Además, fijarse solamente en la cantidad de calorías que tiene un alimento para comerlo o no, no toma en cuenta cómo se metaboliza en el cuerpo para una salud óptima. Aunque se logre bajar de peso con 1.200 calorías al día procedentes de pan y pasta, el cuerpo no va a ser capaz de formar la masa muscular magra necesaria para quemar

de modo eficiente la grasa, y entonces, como reacción a los niveles de insulina producidos para metabolizar las féculas, entrará en la modalidad conservadora.

HACER EJERCICIO. A medida que la mujer envejece, su masa muscular suele ser reemplazada por grasa debido a la falta de ejercicio. El ejercicio invierte este proceso de acumulación de grasa y pérdida de masa muscular, cualquiera que sea la edad que se tenga. Las mujeres que hacen ejercicio regularmente pueden esperar un promedio de 20 años más de vida productiva que las que no lo hacen. El ejercicio regular también disminuye la resistencia a la insulina, lo cual ayuda al cuerpo a quemar con más eficiencia los hidratos de carbono, haciendo menos probable el almacenamiento de grasa. La mejor manera de aumentar la masa muscular magra es hacer ejercicio con pesas. La doctora Miriam Nelson ha demostrado que un programa de ejercicios con pesas que hace trabajar todos los principales grupos de músculos durante 45 minutos dos veces a la semana, va bien para perder el exceso de grasa y aumentar de modo importante la masa muscular, lo cual produce una mayor velocidad metabólica y la capacidad de quemar bien las calorías.[27]

El ejercicio aeróbico también aumenta la velocidad metabólica. Cualquier cantidad de tiempo superior a 12 minutos al día de ejercicio que aumente tu ritmo cardiaco hasta su velocidad tope va a ser eficaz (véase el capítulo 18). Prueba dos sesiones de 20 a 30 minutos de ejercicio aeróbico y dos sesiones de ejercicio con pesas a la semana. Cuanto más ejercicio se hace, más rápido se acelera el metabolismo. Caminar rápido va muy bien, así como subir escaleras, ir en bicicleta y otros ejercicios similares. (Vigila: el ejercicio llevado a extremos también puede ser una forma de adicción.) El aumento de la velocidad metabólica dura incluso después de haber acabado el ejercicio.

COMER LOS HIDRATOS DE CARBONO CORRECTOS. No todos los hidratos de carbono tienen la misma estructura. Algunos se convierten rápidamente en glucosa y entran también con rapidez en el torrente sanguíneo, elevando así en exceso el nivel de insulina. Otros se metabolizan mucho más lentamente y tienen un efecto más moderado en el nivel de insulina.

Es mejor para la salud que la mayoría de los hidratos de carbono que consumimos contengan mucha fibra y tengan un índice glucémico bajo, es decir, que eleven lentamente el nivel de azúcar en la sangre. Buenos ejemplos de hidratos de carbono con un índice glucémico bajo son las legumbres, la mayoría de las verduras y la mayor parte de las frutas. Los alimentos que llamamos «féculas» suelen tener un índice glucémico alto, entre ellos las patatas, los productos derivados del trigo, las tortas de arroz, algunas formas de pasta, el maíz y la mayoría de los panes, así como los plátanos, las pasas y casi todos los caramelos y postres. En general, cuanto más procesado está un alimento, mayor es su índice glucémico y con más rapidez se convierte en azúcar en la sangre, elevando el nivel de insulina. Así, por ejemplo, la avena cocida lentamente tiene un índice glucémico relativamente bajo, pero la avena de preparación instantánea lo tiene mayor. De igual modo, las patatas asadas tienen un índice glucémico menor que el puré instantáneo. Por eso también es mejor no cocer en exceso los alimentos; la pasta cocinada al dente tiene un índice glucémico mucho menor que si se cuece en exceso. Los helados tienen un índice glucémico bajo porque la grasa y las proteínas que contienen disminuyen la velocidad con que entra la glucosa en el torrente sanguíneo. (Cuando se come proteína, el cuerpo secreta glucagón, que contribuye a equilibrar la insulina.) Si no se tiene una verdadera adicción al azúcar, hace bien al alma comer algún postre (y chocolate) de vez en cuando si se desea, pero cuando comas postre, come también algún alimento proteínico o de bajo índice glucémico. En general, cuanto menor es el índice glucémico de un hidrato de carbono, más se puede comer sin preocuparse de añadir grasa al cuerpo.

Existe también una amplia diferencia entre persona y persona respecto a cuánta cantidad de hidratos de carbono se puede comer sin almacenar el exceso de energía en forma de grasa. En general, alrededor de un 25 por ciento de la población podrá comer hidratos de carbono a gusto sin preocuparse por añadir grasa corporal; si perteneces a este grupo, eres muy dotada genéticamente. Otro 25 por ciento va a tener que limitar rigurosamente su consumo de hidratos de carbono para eliminar el exceso de grasa y evitar recuperarlo; estas son las personas que parece que engordan con sólo mirar una patata frita. El restante 50 por ciento están en algún lugar entre medio. Michael y Mary Dan Eades, una pareja de médicos con muchos años de experiencia en ayudar a la gente a rehabilitar su metabolismo y eliminar el exceso de grasa, señalan que la mayoría de las personas que tienden a almacenar grasa pueden restablecer su sensibilidad a la insulina, eliminar el exceso de grasa y evitar que vuelva disminuyendo el consumo de hidratos de carbono a una cantidad comprendida entre los 55 y los 150 gramos al día.[28]

Para acelerar la eliminación de grasa, bajar la presión arterial rápidamente o perder el exceso de peso después de vacaciones, recomiendo no comer más de 35 g de hidratos de carbono, repartidos equitativamente en las tres comidas, durante unos días o semanas, para ayudar al cuerpo a restablecer su sensibilidad a la in-

sulina. Después se puede volver poco a poco a las cantidades mayores señaladas antes. Con el tiempo, y especialmente si se incorpora el ejercicio al estilo de vida, es posible rehabilitar el metabolismo para poder consumir más hidratos de carbono. (Un libro de consulta, como *Complete Book of Food Counts,* de Corinne Netzer, puede servirte para informarte sobre qué cantidad de proteínas, hidratos de carbono y grasa contienen los alimentos que comes.

CONSUMIR SUFICIENTES PROTEÍNAS. ¿Qué significa suficientes proteínas? Bueno, los especialistas no están de acuerdo al respecto. Algunos piensan que sólo necesitamos unos 30 g diarios; otros recomiendan cantidades mayores. Si bien algunos estadounidenses comen más proteínas de las que necesitan, otros, entre ellos muchísimas mujeres, no comen las suficientes para estar en su mejor forma. Este es un tema en el que he cambiado de opinión en los cuatro últimos años, basándome en nuevos estudios y en mi experiencia clínica y personal.

Como muchas personas, yo creía que a todo el mundo le era posible obtener toda la cantidad de proteínas necesarias para una salud óptima de los cereales, las legumbres y las verduras. Ahora he comprendido que, si bien una dieta rica en los hidratos de carbono complejos de los alimentos integrales es fabulosa para algunas personas (las dotadas metabólicamente, que no tienen problemas con la insulina), esto no es la respuesta para todo el mundo. También creía, erróneamente, que una dieta rica en proteínas y grasas iba siempre acompañada por una mayor probabilidad de perder calcio por la orina, aumentando así el riesgo de Osteoporosis. Pero una revisión de la bibliografía actual me ha demostrado que sencillamente esto no siempre es verdad.[29] (Las personas con enfermedades renales, sin embargo, tienen que limitar su consumo de proteínas.) En 1994, justo después de la publicación de la primera edición de este libro, tuve noticia de los estudios de investigación sobre los beneficios de disminuir el consumo de hidratos de carbono y aumentar el de proteínas. Aunque me resistí mucho a la idea de aumentar el consumo de proteínas y disminuir el de hidratos de carbono (como muchas mujeres, estaba muy apegada a mis hidratos), no me alegró nada descubrir que mi grasa corporal era de un insano 33 por ciento. Habiendo en mi familia un fuerte historial de enfermedades cardiacas y accidentes cerebrovasculares, y una tendencia genética a tener bajo el nivel del colesterol HDL (el bueno), sabía que yo era una de esas personas propensas a las enfermedades relacionadas con el exceso de insulina.

Ya hacía ejercicio con regularidad, de modo que finalmente decidí disminuir mi consumo de hidratos de carbono y aumentar el de proteínas. También les recomendé esto a las pacientes que tenían dificultades para eliminar grasa corporal con una dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas, y a las pacientes de otros problemas diversos, entre ellos el síndrome premenstrual, dolores de cabeza, uñas débiles, cabello opaco, cansancio, hinchazón, acedía, fibromialgia e insomnio, por nombrar unos pocos. Los resultados clínicos fueron excelentes en casi todos los casos. Yo personalmente noté que tenía más energía, menos pereza por la mañana y las uñas más fuertes. Muchas de mis pacientes han tenido la misma experiencia. También se ha demostrado que con una dieta más rica en proteínas que la que se recomendaba corrientemente hace poco, aumenta la capacidad de absorber el calcio y el magnesio.

Ya sea que elijas mejorar tu dieta por tu cuenta o seguir las recomendaciones de uno de los muchos libros sobre dieta y nutrición, preocúpate de comer cada día una cantidad de proteínas adecuada para mantener (o formar) tu masa muscular magra, esa parte que quema las grasas con más eficacia. (No toda dieta que se proclame «rica en proteínas» va a aportar las cantidades suficientes de proteína. En el cuadro 12 explico la forma de determinar la cantidad adecuada de proteínas.)

CUADRO 12
CÓMO CALCULAR LAS NECESIDADES DIARIAS
DE PROTEÍNAS

Para determinar la cantidad de proteínas necesaria para preservar la masa corporal magra (MCM), primero hay que medirse el porcentaje de grasa corporal (véase el paso 12 de este capítulo, p. 752). Pondré de ejemplo a Mildred, la ex corredora de maratón; pesa 62,5 kg y tiene un 25 por ciento de grasa corporal.

- Multiplica tu peso por tu porcentaje de grasa corporal, expresado en decimales. Esto te da el peso de tu grasa corporal. (Para Mildred: 62,5 × 0,25 = 15,6 kg)
- Resta el peso de la grasa de tu peso total. Esto te da el peso de tu masa corporal magra. (Para Mildred: 62,5 – 15,6 = 46,9 kg de MCM)
- Ahora multiplica el peso de tu masa corporal magra por el cofactor que mejor te describa:
  Sedentaria (no haces nada de ejercicio físico): Necesitas 1,1 g de proteínas por kilo de masa corporal magra. Multiplica el peso de tu MCM por 1,1.
  Moderadamente activa (haces de 20 a 30 minutos de ejercicios dos a tres veces a la semana): Necesitas 1,3 g de proteínas por kilo de masa corporal magra. Multiplica tu MCM por 1,3.
  Activa (realizas una actividad física organizada durante más de 30 minutos de tres a cinco veces a la semana): Necesitas 1,5 g de proteínas por kilo de masa corporal magra. Multiplica tu MCM por 1,5.
  Muy activa (realizas una actividad física vigorosa durante una hora o más cinco o más veces a la semana): Necesitas 1,7 g de proteínas por kilo de masa corporal magra. Multiplica tu MCM por 1,7.
  Atleta (participas en competiciones y te entrenas dos veces al día con ejercicios vigorosos durante una hora o más): Necesitas 1,9 g de proteínas por kilo de masa corporal magra. Multiplica tu MCM por 1,9.

Mildred tiene una MCM de 46,9 kg y es moderadamente activa. Por lo tanto, su necesidad diaria de proteínas es de 60 gramos, considerablemente menos que cuando se entrenaba para las maratones.

Fuente: Este método para calcular las necesidades de proteínas se basa en *Protein Power*, de los doctores Michael y Mary Dan Eades, Bantam, 1996.

Como puedes ver, las expresiones «rico en proteínas» y «pobre en proteínas» no tienen ningún sentido cuando el método dietético se individualiza.

No cabe la menor duda de que algunas personas son muy sensibles al ácido araquidónico, que se encuentra en todos los productos de origen animal, pero sobre todo en los menudillos o visceras, la carne roja y la yema de huevo. En realidad, esta sensibilidad al ácido araquidónico es la que causa la mayoría de los problemas que comúnmente se han atribuido a la grasa saturada y al colesterol. La cantidad de ácido araquidónico en la actual carne para consumo es mayor que la que contenía antes, debido a que el grano con que se alimenta a los animales produce en estos el mismo desequilibrio eicosanoideo que produce en los seres huma-

nos, es decir, produce más eicosanoides de la serie 2 de lo que es sano. Los síntomas de sensibilidad a este ácido son los siguientes: cansancio permanente, sueño no reparador, pereza o flojedad al despertar, cabellos frágiles, uñas frágiles, piel seca y escamosa, sarpullidos de poca importancia y artritis. Parece estar claro que algunas de las ventajas para la salud que hemos atribuido a la dieta vegetariana son una simple consecuencia de que contiene menos acido araquidónico. Para descubrir si eres sensible a este ácido, elimina de tu dieta toda la carne roja y las yemas de huevo durante un mes. Después haz una comida a base de bistec y huevos y ve si te vuelven los síntomas. Para evitar el exceso de este ácido, come solamente carne magra (el ácido araquidónico se almacena principalmente en la grasa del animal), o carne de caza o de animales criados sin piensos, que tienen niveles mucho menores de este ácido. Compra pollos y huevos de corral, en una tienda de alimentos naturales. El consumo excesivo de hidratos de carbono (sobre todo de los refinados) también aumenta el nivel de ácido araquidónico.

En todo caso, no es necesario comer carne para aumentar el consumo de proteínas. Actualmente, en las tiendas de alimentos dietéticos se encuentran muchas proteínas vegetarianas en polvo. También es posible obtener la cantidad adecuada de proteína comiendo hamburguesas vegetales, tofu, seitán y tempe. Los huevos, el suero de leche en polvo y los productos lácteos son buenas fuentes de proteínas si no eres alérgica a ellos. A algunas mujeres les van bien los productos de origen animal, y a otras no. Aunque valoro los sentimientos de los activistas defensores de los derechos de los animales, y los efectos en el medio ambiente de la industria productora de carne actual, no creo que sea sano ni necesario que todo el mundo se convierta al vegetarianismo. Los métodos orgánicos o biológicos de criar los animales, que respetan la tierra, el agua y al propio animal, pueden paliar los problemas medioambientales planteados por la industria cárnica. Ahora se puede comprar carne de animales criados sin productos químicos ni antibióticos; esta carne tiende a ser más magra y tiene menos residuos de pesticidas. Los efectos de la carne vacuna magra en los niveles de colesterol y otros lípidos en la sangre no son diferentes de los del pescado y el pollo.[30] El problema de la carne vacuna producida comercialmente es que tiene mucha grasa veteada, a consecuencia de que a los animales se los alimenta con demasiados cereales y por lo tanto tienen el mismo desequilibrio de los eicosanoides que tenemos los seres humanos.

COMER EL TIPO CORRECTO DE GRASAS. Un buen cuerpo de pruebas indican que nuestra actual epidemia de enfermedades cardiacas comenzó a fines de los años setenta, cuando se introdujeron en la dieta las grasas parcialmente hidrogenadas, los alimentos que las contienen y alimentos refinados desprovistos de vitaminas antioxidantes. Los ácidos grasos esenciales, que son las unidades estructurales de las grasas, son necesarios para la salud, pero suelen faltar en nuestra alimentación. Uno de los motivos de que ocurra esto es la introducción de la grasa parcialmente hidrogenada. El daño que hace esa grasa a las arterias está causado principalmente por moléculas inestables llamadas «radicales libres». Una dieta rica en grasa parcialmente hidrogenada y pobre en vitaminas antioxidantes aumenta la producción de radicales libres, que producen lesiones celulares que llevan no sólo a la aterosclerosis, sino también al cáncer. De hecho, las grasas parcialmente hidrogenadas están más relacionadas con el índice de cánceres que las grasas saturadas.[31]

La grasa parcialmente hidrogenada (o ácido graso *trans)* es un producto artificial elaborado mediante un proceso químico en el que se añade hidrógeno, a temperaturas muy elevadas, a la grasa naturalmente poliinsaturada. Este proceso hace sólida la grasa a temperatura ambiente. La grasa resultante puede conservarse muchísimo tiempo en las estanterías, pero no se encuentra en ninguna parte en la naturaleza. Nuestro cuerpo no ha evolucionado para tratarla, sin embargo se añade prácticamente a todo lo que uno se puede imaginar, además de ser la base de la margarina. Comienza a leer las etiquetas; verás que se añade grasa hidrogenada a casi todas las galletas, pasteles y productos de repostería preparados. ¡Incluso se añade a las fórmulas para bebés!

Los alimentos que contienen grasa parcialmente hidrogenada suelen reemplazar a los alimentos que contienen de forma natural ácidos grasos esenciales, como son casi todos los frutos secos y cereales no procesados y muchas verduras. Estas grasas artificiales también inhiben el metabolismo normal de los ácidos grasos en el cuerpo, y se ha demostrado que disminuyen el colesterol HDL (el bueno) y aumentan el LDL (el malo).

Los ácidos grasos esenciales son particularmente importantes por su papel en la síntesis de los eicosanoides. El exceso de grasas saturadas, el cortisol, el alcohol y los ácidos grasos trans, y la insuficiencia de magnesio, zinc, vitaminas B_3, B_6 y C, son factores que inhiben la conversión de los ácidos grasos esenciales en las hormonas eicosanoides que necesita el cuerpo femenino para tener una salud óptima. Las consecuencias de ello pueden ser un aumento de líquido (edemas), una mayor formación de coágulos o trombos en la san-

gre, y más espasmos uterinos y dolores pelvianos.[32] La carencia de ácidos grasos esenciales se ha relacionado también con el dolor de los pechos, los dolores y espasmos menstruales y muchísimos otros problemas.[33]

Podemos protegernos algo contra los dañinos efectos de las grasas parcialmente hidrogenadas añadiendo ácidos grasos esenciales a la dieta (salmón, frutos secos, semillas y verduras) y tomando suplementos antioxidantes o comiendo muchas frutas y verduras de cultivo biológico. La grasa natural, sobre todo la del tipo insaturado, es más sana que la margarina, que es un producto parcialmente hidrogenado de la industria química, y por lo tanto artificial.

Necesitamos ácidos grasos esenciales omega-3 y omega-6 de modo equilibrado para crearnos una salud óptima. De hecho, en algunos estudios se ha comprobado que los ácidos grasos esenciales pueden moderar los efectos cancerígenos de la radiación y de ciertas substancias químicas; esto se debe a su capacidad para equilibrar los eicosanoides.[34] Los aceites alimentarios correctos también pueden colaborar en inhibir el desarrollo de cáncer de mama y otros, regulando el funcionamiento del sistema inmunitario.[35] Pero para un beneficio máximo, la dieta y el estilo de vida han de favorecer el equilibrio de los eicosanoides. En un estudio se comprobó que los pacientes de esclerosis múltiple que siguieron una dieta rica en grasas poliinsaturadas naturales y pobre en grasas saturadas sólo tuvieron una discapacidad mínima durante al menos treinta años. Por el contrario, a aquellos que dejaron esa dieta terapéutica se les reactivó la enfermedad y sus síntomas empeoraron drásticamente.[36] Los ácidos grasos esenciales también disminuyen el endurecimiento de las arterias al reducir la «viscosidad» de las células sanguíneas, que entonces se adhieren menos a las paredes arteriales.[37] Actualmente es más fácil introducir en la dieta grasas omega-6, como el aceite de soja, que ácidos grasos omega-3, debido a que las prácticas agrícolas favorecen su producción.

Buenas fuentes de ácidos grasos omega-6 son los aceites ligeros de sésamo, nuez, avellana, nuez de macadamia y cacahuete. Los muy beneficiosos ácidos grasos omega-3 se encuentran en los peces de aguas frías, entre ellos el bacalao, la caballa, las sardinas y el salmón. Este aceite se puede tomar como suplemento en cápsulas. El aceite de semillas de lino es también una excelente fuente de ácidos grasos omega-3.

En general, si se hace una dieta que contenga las cantidades adecuadas de proteínas e hidratos de carbono y sea entre pobre y moderada en grasas saturadas, no es necesario preocuparse por tomar suplementos de ácidos grasos esenciales.

Un estudio del complicado y fascinante tema de las grasas alimentarias y sus efectos queda muy lejos del alcance de este capítulo.[38] Un par de recomendaciones prácticas son consumir solamente aquellos aceites que necesitan refrigeración y evitar los productos horneados preparados con aceites parcialmente hidrogenados cuyo tiempo de conservación es mayor que la duración normal de una vida.

¿Cuánta grasa es necesaria? Cuanta mayor cantidad de hidratos de carbono se consuma, sobre todo refinados, mayores serán las probabilidades de que la grasa consumida se almacene en lugar de utilizarse como combustible. Por otra parte, cuando se limita el consumo de hidratos de carbono, la grasa y las proteínas consumidas se utilizan como combustible y no aumenta la grasa corporal.[39] Esta es la respuesta al enigma de la grasa y también el motivo de que, aunque los estadounidenses han disminuido el consumo total de grasa, no estén adelgazando. En general, si se consume grasa con moderación (un 30 por ciento del consumo calórico total) y se eligen grasas buenas, no hay que preocuparse de que haya algún efecto adverso. Cuando el consumo de proteínas e hidratos de carbono es el adecuado individualmente, no habrá la tentación de comer demasiada grasa, porque simplemente no va a apetecer. Pero todos nos metemos en dificultades con la grasa cuando la comemos combinada con féculas o azúcar, por ejemplo en un pastel de queso, patatas fritas y otros alimentos procesados de los que es difícil comer poca cantidad si tenemos tendencia a engordar. Entonces la combinación de hidratos de carbono y grasas se va directamente a las caderas. En general, se puede comer grasa o se puede comer hidratos de carbono, pero no se puede comer mucho de ambas cosas sin sufrir los problemas relacionados con la resistencia a la insulina.

TOMAR SUPLEMENTOS NUTRICIONALES. Para mejorar el metabolismo, prueba los siguientes:

Cromo. Se ha descubierto que este mineral aumenta el ritmo metabólico; el cromo escasea en nueve de cada diez dietas estadounidenses, y es absolutamente esencial para el funcionamiento normal de la insulina.[40] Se ha demostrado que tomar 200 mcg de cromo al día favorece un nivel óptimo de azúcar en la sangre.[41] A veces, en casos de problemas, es necesario aumentar la dosis hasta 1.000 mcg diarios. Adquiere cromo polinicotinado en tu tienda de productos naturales, o el cromo trivalente GTF (o FTG: Factor de Tolerancia a la Glucosa) de la casa Solgar.

Hierbas. Por sus propiedades estimulantes del metabolismo se han usado: *Garcinia cambogia,* corteza de sauce albar, *schizandra,* evodia, pimienta de Cayena y otras hierbas. Puedes encontrar preparados que con-

tienen una combinación de algunas de ellas. Evita los preparados para adelgazar que contienen ma huang y efedra, porque pueden causar agitación e hipertensión en las personas propensas.

Vitaminas B y magnesio. Las mujeres que se dan atracones suelen tener insuficiencia de las vitaminas B, de magnesio y de zinc, además de cromo.[42] Por este motivo a todas las mujeres que tengan un historial de comer en exceso, bulimia, constantes bajadas y subidas de peso o anorexia les recomiendo un buen suplemento de vitaminas y minerales.

Para la salud general, toma un buen suplemento de vitaminas y minerales. Aunque los seres humanos evolucionamos para obtener los nutrientes de los alimentos, ahora es evidente que el agotamiento de la tierra y los años de añadirle un exceso de fertilizantes han tenido por consecuencia alimentos desprovistos de elementos nutritivos. Por eso a todo el mundo le recomiendo tomar suplementos de vitaminas y minerales.

Para una salud óptima, muchas personas necesitan dosis diarias mayores que las recomendadas oficialmente. El motivo es el siguiente: las raciones diarias recomendadas se introdujeron para evitar que poblaciones enteras sufrieran enfermedades carenciales. Estas recomendaciones se elaboraron solamente después de que la refinación a gran escala de la harina se convirtiera en la norma, y las enfermedades carenciales comenzaran a afectar a la totalidad de una población que ya no comía alimentos enteros. En estas recomendaciones no se toman en cuenta las diferencias individuales. Para una persona puede ser óptima una dosis diaria de 80 mg de vitamina C, mientras que para otra va mejor una de 1000 mg. Nuestras necesidades nutritivas son tan individuales como nuestras huellas dactilares.

A lo largo de los años innumerables pacientes me han dicho cuánto mejor se sienten tomando una fórmula equilibrada de vitaminas y minerales más otros nutrientes cuando es necesario. La reducción de los resfriados de invierno es un beneficio muy común de este régimen.

La vitamina C, que es un antioxidante (tomada en dosis de 500 a 3.000 mg diarios según la situación individual), es particularmente buena para estimular y mejorar la reacción inmunitaria; múltiples estudios han demostrado que tiene también otros beneficios.[43] Se ha comprobado que los otros nutrientes antioxidantes (las vitaminas A y E, la coenzima Q_{10}, el selenio y el betacaroteno) son importantes para estimular y mejorar el funcionamiento del sistema inmunitario y para mantener a raya las infecciones y el cáncer.[44] El zinc, que sigue la misma trayectoria metabólica de los demás antioxidantes, también es importante para la reacción inmunitaria y se ha observado su insuficiencia en muchas mujeres;[45] asimismo son importantes el magnesio, otro oligoelemento, el ajo y la cebolla.[46] Es posible que las atletas especializadas en pruebas de resistencia o las mujeres que tienen mucha actividad física necesiten mayores dosis de magnesio.[47]

Mientras el planeta no esté sanado, la tierra reaprovisionada y los restaurantes de comida rápida no sirvan alimentos biológicos, muchas mujeres van a necesitar suplementos para un funcionamiento óptimo; recalco lo de «óptimo», porque si no toman suplementos, no se les producirá una insuficiencia inmediata de vitaminas, pero tampoco se van a sentir muy bien. Al comprar suplementos, vigila que no contengan substancias excipientes de relleno o aglutinantes, ni ingredientes artificiales que puedan inhibir la absorción. Los minerales quelados se absorben mejor. Te recomendaría consultar a un nutricionista o un profesional de la salud que esté familiarizado con los suplementos nutritivos y los micronutrientes, o escribir a unas cuantas empresas pidiendo información antes de decidir. La medicina nutricional es una especialidad, y cuenta con muchos especialistas excelentes que te pueden orientar. Cada persona puede necesitar alimentos y nutrientes suplementarios específicos en su dieta. Casi todos los nutricionistas, dietistas y practicantes de la medicina nutricional están de acuerdo en que la piedra angular de cualquier programa nutritivo es una dieta de alimentos integrales, completos, y no sólo un puñado de suplementos al día. Teniendo presente esto, a continuación te ofrezco un resumen de las dosis diarias recomendadas de los suplementos.

Las recomendaciones de suplementos para la menopausia las encontrarás en el capítulo sobre la menopausia. A las mujeres que desean quedarse embarazadas les recomiendo suplementos para que en el momento de la concepción tengan niveles óptimos de nutrientes. Los estudios han demostrado que el ácido *fólico* en particular puede disminuir la incidencia de defectos en el tubo neural del bebé, como la espina bífida, por ejemplo.[48] Se ha comprobado que la vitamina B_6 (que siempre debería tomarse junto con todo el complejo B) disminuye las náuseas y los vómitos de los primeros meses de embarazo.[49]

Si una paciente sufre de fatiga crónica o fibromialgia, simplemente no se siente bien o tiene un trastorno que no responde a las medidas habituales, le recomiendo un programa de suplementos individualizado, que se elabora comprobando los elementos químicos presentes en la sangre y viendo luego las relaciones conocidas y confirmadas científicamente entre ciertos resultados de análisis de sangre y las necesidades nutricionales. Una vez que comienza a sentirse mejor y la química de su sangre lo refleja, es posible que pueda continuar con un programa de mantenimiento como el que he formulado.

LOS PRODUCTOS LÁCTEOS Y EL CALCIO. Hasta hace tres años no teníamos ningún producto lácteo en nuestra casa. Ahora los consumimos de vez en cuando en pequeña cantidad. Una vez mi hermana le contó a una pediatra, amiga suya, que mis hijas no tomaban leche. «Se van a morir», exclamó pediatra. Esta no es una evaluación científica; es pura emoción, y una respuesta típica.

CUADRO 13

SUPLEMENTOS DIARIOS RECOMENDADOS

Vitaminas	
Vitamina C	1.000-3.000 mg
Vitamina D_3	50-250 UI
Betacaroteno	25.000 UI
Vitaminas B	
Tiamina (B_1)	100 mg
Riboflavina	10 mg
Niacina (B_3)	30 mg
Niacinamida	130 mg
Ácido pantoténico (B_5)	450 mg
Piridoxina (B_6)	50 mg
Cobalamina (B_{12})	250 mcg
Ácido fólico	2 mg
Vitamina E (d-alfa tocoferol)	200-400 UI
Minerales (quelados para una mejor absorción)	
Calcio (en citrato o malato)	1.000-1.500 mg
Magnesio	250-600 mg
Potasio	90 mg
Zinc picolinado	15-25 mg
Manganeso picolinado	15 mg
Boro picolinado	2-6 mg
Cobre	1 mg
Cromo	150-200 mcg
Selenio picolinado	100-200 mcg
Molibdeno picolinado	100 mcg
Vanadio picolinado	100 mcg

Mis hijas mamaron casi hasta los dos años. La leche humana, que es un alimento vivo y dinámico, está hecha para el desarrollo y el crecimiento óptimos de los bebés humanos. La leche de vaca, muy diferente en composición de la leche humana, está hecha para producir el rápido crecimiento de los bebés bovinos. Los niños crecen más ahora que antes; la leche de vaca produce un crecimiento rápido en los niños, igual que en el ganado bovino. Este es uno de los motivos de que los hijos estadounidenses de inmigrantes relativamente bajos sean mucho más altos que sus padres. En Estados Unidos asociamos «más grande» con «mejor».[50]

Pero la leche producida de modo convencional puede ser un alimento problemático para muchos niños y adultos. El doctor Frank Oski, ex director de pediatría de la Facultad de Medicina Johns Hopkins, ha publicado un fabuloso librito titulado *Don't Drink Your Milk* [No te bebas la leche], en el cual documenta la relación entre los productos lácteos y las alergias, los eccemas, la incontinencia de orina nocturna y las infecciones de oídos de los niños.[51] Incontables niños son tratados innecesariamente con antibióticos para repetidas infecciones de oídos que desaparecerían si se eliminaran los productos lácteos de su dieta. La sinceridad del doctor Oski sobre los efectos adversos para la salud de los productos lácteos es una aportación muy valiosa. Dado que vas a encontrar muy poco apoyo cultural para eliminar de la dieta de tus hijos la leche producida de modo convencional, te será útil disponer de buena información.

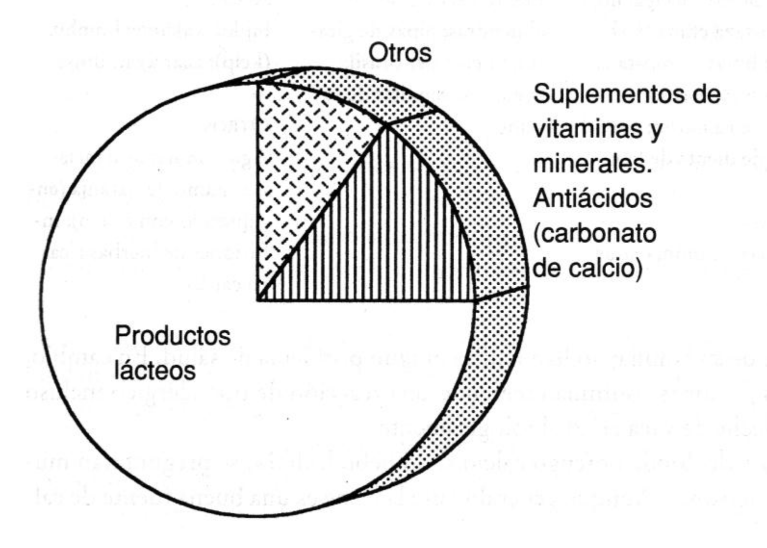
Como ginecóloga también veo muchos problemas relacionados con los alimentos lácteos: trastornos benignos de mamas, flujo vaginal crónico, acné, dolores menstruales, miofibromas, molestias intestinales crónicas y aumento del dolor por endometriosis. El consumo de productos lácteos se ha relacionado con los cán-

ceres de mama y de ovarios.[52] Me resulta inevitable pensar que podría haber una relación entre el exceso de estimulación de las glándulas mamarias de las vacas (con ciertas hormonas que se les administra para aumentar la producción de leche) y el consiguiente exceso de estimulación de las nuestras. Lo que come la madre la afecta a ella y también a su bebé lactante. A veces los bebés tienen síntomas de alergia a la leche de vaca cuando la madre consume mucha.

Como a la mayoría de los estadounidenses, a mí se me enseñó que la leche es necesaria para obtener suficiente calcio, aun cuando tres cuartas partes de la población mundial se las arregla para mantener la salud sin beber leche después de la lactancia. (Muchos sí consumen otros tipos de productos lácteos, normalmente en formas fermentadas, como el queso y el yogur, que suelen hacerlos de leche de oveja o de cabra.) Dejar de tomar productos lácteos, o sustituirlos por los producidos de modo orgánico, suele mejorar los dolores menstruales, el dolor de la endometriosis, las alergias, la sinusitis e incluso la vaginitis recurrente. Dado que toda una generación de madres fueron criadas con leche de vaca en lugar de leche humana, existe una tendencia muy arraigada a relacionar a la vaca con la «madre» y la «nutrición». La sola idea de eliminar los productos lácteos les produce palpitaciones a algunas de mis pacientes. No conciben la idea de vivir sin leche.

Una vez dicho todo esto, he llegado a la conclusión de que cuando los productos lácteos están producidos biológicamente, sin hormonas del crecimiento bovino ni antibióticos, tienen un efecto muy distinto en el cuerpo. Algunas de mis pacientes que tenían problemas ginecológicos relacionados con los productos lácteos han tenido una remisión total de esos problemas cuando han empezado a tomar productos lácteos producidos biológicamente. Una de las subscriptoras de mi hoja informativa, de Indiana, incluso llegó a comprar una vaca lechera para la provisión de leche de su familia; no han tenido ningún problema de salud. En cambio, otras personas continúan teniendo una reacción de tipo alérgico incluso con leche de vaca criada biológicamente.

FIGURA 18. FORMA CONVENCIONAL DE OBTENER CALCIO EN ESTADOS UNIDOS



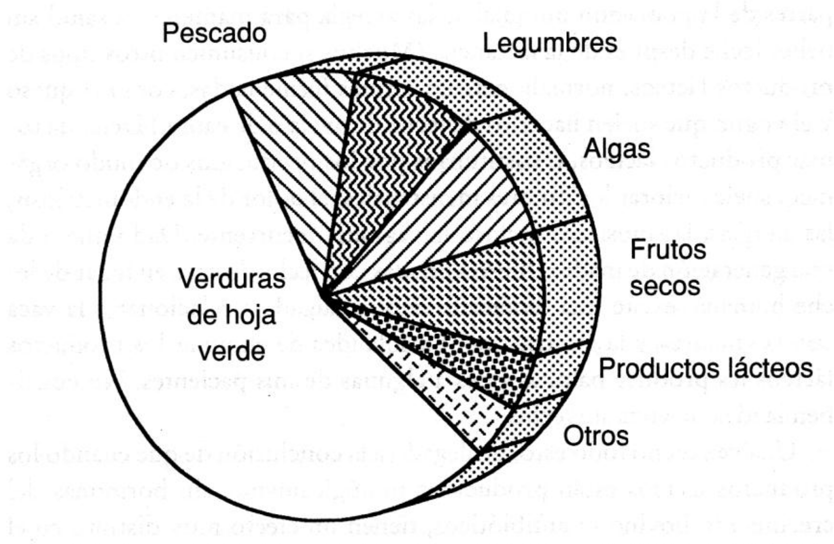


FIGURA 19. FORMA EQUILIBRADA DE OBTENER CALCIO

VERDURAS DE HOJA VERDE

coles; verduras silvestres (cenizo *[Chenopodium álbum]*, cebollas silvestres); espinacas; hojas de nabo; brécol; acelga; hoja de mostaza china *(bok choy)*; hojas de mostaza de Sarenta; berros; tallos de ruibarbo; perejil; hojas de diente de león

LEGUMBRES

tofu sólido; tempe; garbanzos; judías negras; judías pintas; tortas de maíz; maíz

PRODUCTOS LÁCTEOS

leche (desnatada y completa); queso; helado de leche; yogur descremado; requesón

PESCADO

sardinas, salmón, ostras

FRUTOS SECOS

almendras; pipas de girasol; nueces del Brasil; avellanas; semillas de sésamo

ALGAS

hijiki; wakame; kombu (kelp); agar-agar; dulse

OTROS

Aguas minerales; melazas; zumo de naranja (enriquecido con calcio); infusiones de hierbas ricas en calcio

«¿Y de dónde obtengo calcio si no bebo leche?», se preguntarán muchas personas. Aunque generalmente la leche es una buena fuente de calcio, existen también fuentes no lácteas, por ejemplo las verduras de hoja verde como las coles y los brécoles. La mayor parte de la población mundial, incluidos los habitantes de China, donde en las zonas rurales casi no hay cáncer de mama ni Osteoporosis, obtienen el calcio de las verduras de hoja verde. Los estudios también han comprobado que aunque en China se consume sólo la mitad del calcio que se consume en Estados Unidos, la Osteoporosis no es común, siendo el promedio de esperanza de vida de 70 años, sólo cinco años menos que la nuestra.[53]

Las mujeres bantúes de África no consumen productos lácteos, pero sí consumen entre 150 y 400 mg de calcio diario, obtenido de los alimentos que comen. Esta es la mitad del calcio consumido por la mujer estadounidense corriente. Sin embargo, la Osteoporosis es esencialmente desconocida entre el 10 por ciento de las mujeres bantúes que llegan a más de 60 años. Se pensaba que el motivo de esto era la protección genética, pero esta opinión ha sido descartada; cuando parientes de estas mismas bantúes emigran a sociedades más prósperas y adoptan dietas más suculentas, se hacen más comunes en ellas la Osteoporosis y las enfermedades de los dientes.[54]

La dosis diaria recomendada de calcio en Estados Unidos es actualmente de 800 mg para mujeres a partir de los 25 años; un 50 por ciento de las mujeres no consumen esa cantidad recomendada y por lo tanto se consideran en mayor riesgo de Osteoporosis. La dosis de calcio recomendada actualmente por la Organización Mundial de la Salud es de 400 mg diarios, la mitad de la que se recomienda en Estados Unidos. Para la

mayor parte del mundo esta dosis es adecuada. La mujer china normal, que tiene muy poco riesgo de Osteoporosis, consume 544 mg diarios de calcio.[55]

Las industrias de suplementos de calcio y de productos lácteos han sido tan eficaces en ofrecernos un «remedio» para la Osteoporosis que creemos que podemos reducir la complejidad de la fisiología ósea a una fórmula tan sencilla como tomar comprimidos de calcio. Pero son muchísimos los factores que influyen en los huesos (véase el capítulo 14), y los alimentos diarios y las opciones respecto al ejercicio influyen profundamente en la salud de los huesos. La cafeína, el alcohol y el tabaco también tienen un efecto negativo en la salud de los huesos y contribuyen a la aparición de la Osteoporosis. Si mejoramos nuestro estilo de vida a todos los niveles, nuestros huesos pueden permanecer sanos con relativamente menos cantidad de calcio, con tal de que hagamos ejercicio, dejemos de consumir alimentos refinados y nos expongamos al sol (por la vitamina D).

Hay mucho más que calcio en la composición de los huesos.[56] El magnesio escasea mucho más en nuestra dieta que el calcio, debido a la mala elección de los alimentos (cereales refinados y demasiada poca verdura de hoja verde), el agotamiento de la tierra por la erosión, y el excesivo uso de fertilizantes químicos en lugar de métodos de cultivo orgánicos o biológicos. Deberíamos enriquecer nuestra dieta con suplementos de magnesio también, no sólo de calcio, puesto que el equilibrio entre el calcio y el magnesio es muy importante.[57] En general conviene tomar tanto magnesio como calcio.

Los anuncios de televisión promocionan el uso del antiácido Tums por su contenido en calcio; pero estos antiácidos (carbonato de calcio) disminuyen la acidez del estómago, lo cual puede ser causa de una menor absorción del calcio, porque el ácido clorhídrico que secreta el estómago es necesario para esa absorción.[58] Puesto que los estudios han demostrado que en aproximadamente el 40 por ciento de las mujeres posmenopáusicas hay una insuficiente secreción de ácidos gástricos, no tiene sentido tomar un antiácido como Tums como suplemento de calcio. Se ha comprobado también que las personas con insuficientes ácidos gástricos sólo pueden absorber alrededor de un 4 por ciento de una dosis oral de calcio en forma de carbonato, mientras que quienes tienen una cantidad normal de ácidos gástricos pueden absorber alrededor de un 22 por ciento. Una persona cuya secreción de ácidos gástricos es insuficiente necesita una forma de calcio soluble, ionizado, como un citrato, un succinato, un malato, un aspartato o un fumarato.[59] Además, la fuerte naturaleza alcalina del carbonato en combinación con el calcio que se absorbe puede predisponer a los cálculos renales, sobre todo si la leche constituye una parte normal de la dieta. El citrato de calcio es un buen antiácido, para el caso de que se necesite uno, aunque no se venda como tal.

Respecto a los demás factores que deben tomarse en cuenta en el complejo tema de la salud ósea y el calcio, es importante decir que los refrescos de cola y la cerveza sin alcohol también contribuyen a la Osteoporosis, porque los colorantes y el fósforo que se añaden a estas bebidas obstaculizan el metabolismo del calcio.[60] (En nuestra sociedad adictiva, en la que muchas mujeres conservan el peso bebiendo seis o más refrescos de cola dietéticos al día y saltándose comidas, un importante fabricante de bebidas no alcohólicas tranquiliza nuestros temores añadiendo calcio a sus bebidas dietéticas.) La depresión contribuye también de modo importante a la Osteoporosis, porque los elevados niveles de adrenalina y cortisol producidos por las glándulas suprarrenales de las personas deprimidas pueden aumentar la pérdida de calcio por la orina e incrementar también las fracturas de huesos.[61]

El mejor método para la salud de los huesos es uno holista en el que tomamos en cuenta todos los factores dietéticos, ambientales y genéticos relacionados con el desarrollo de la Osteoporosis, y mejorar aquellos aspectos en los que tenemos cierto control (véase el capítulo 14). Ten presente los siguientes puntos respecto a las fuentes de calcio:

- El contenido nutritivo de los alimentos depende del lugar donde se cultivan, el tiempo de la cosecha, la calidad de la tierra, etcétera.
- Puede variar mucho el contenido mineral de los alimentos según sea la mineralización del suelo.
- Las verduras cultivadas con abonos orgánicos tienen un mayor contenido nutritivo.
- Las proporciones presentadas en el cuadro 14 representan las cantidades promedio de calcio encontradas al analizar los alimentos en la fecha de la recogida de datos.
- El calcio es solamente uno de los minerales necesarios para una nutrición óptima.
- Las fuentes de calcio no lácteas son particularmente ricas en los demás minerales necesarios para la salud. Hay quienes alegan que los oxalatos vegetales que se encuentran en las espinacas y otras verduras de hoja verde obstaculizan la absorción del calcio. Este mismo argumento se ha utilizado respecto a los fitatos de los cereales. Los últimos informes indican que se ha dado una excesiva trascendencia a este problema de absorción, y que en realidad no es muy importante.[62]

CUADRO 14. ALIMENTOS RICOS EN CALCIO[63]

Alimento	Cantidad	Calcio (en mg)
Verduras de hoja verde (cocidas, a menos que se especifique otra cosa)		
berro (crudo)	1 taza	53
brécol	1 taza	150
col (repollo)	1 taza	179
col de hoja oscura	1 taza	300
espinacas	1 taza	278
hojas de diente de león	1 taza	147
hojas de mostaza china (bok choy)	1 taza	200
hojas de mostaza Sarepta	1 taza	150
hojas de nabo	1 taza	229
hojas de remolacha	1 taza	165
hojas de verduras silvestres (cenizo, cebolla)	1 taza	350
perejil (crudo)	1 taza	122
ruibarbo	1 taza	348
Algas (cocidas, a menos que se especifique otra cosa)		
agar-agar (copos secos) usada para espesar salsas, etc.	1 taza	400
dulse (seca)	1 taza	567
hijiki	1 taza	610
kombu (kelp)	1 taza	305
wakame	1 taza	520
Pescado (en la espina está la mayor fuente de calcio)		
ostras (crudas)	1 taza	226
salmón (en lata)	1 taza	431
sardinas (en lata, con espinas y escurridas)	100 gr	300
Legumbres		
garbanzos (cocidos)	1 taza	150
judías negras (cocidas)	1 taza	135
judías pintas (cocidas)	1 taza	128
tempe	110 g	172
tofu sólido	110 g	80-150
tortas de maíz	2	120

Alimento	Cantidad	Calcio (en mg)
Frutos secos y semillas		
almendras	1 taza	300
avellanas	1 taza	282
nueces del Brasil	1 taza	260
pipas de girasol (peladas)	1 taza	174
semillas de sésamo (molidas para una mejor absorción)	3 cucharadas	300
Otras fuentes		
melaza	1 cucharada	137
zumo de naranja (enriquecido con calcio)	1 taza	210
Aguas minerales*		
Productos lácteos		
leche		
descremada	1 taza	300
entera	1 taza	288
helado de leche	1 taza	204
queso (suizo, cheddar)	40 g	300
requesón (poco graso)	1 taza	150
yogur (descremado)	1 taza	294

* En el original aparecen aguas minerales propias de Estados Unidos y dado que las marcas de aguas minerales varían según la región, convendrá ver la etiqueta para saber el contenido de calcio. *(N. del E.)*

INFUSIONES DE HIERBAS RICAS EN CALCIO

Old «Sour Puss» Mineral Mix à la Susun Weed 64 (Una cucharada aporta 150-200 mg de calcio).

Elige una o más de las siguientes hierbas:

Artemisa *(Artemisia vulgaris),* hojas
Consuelda mayor *(Symphytum officinalis),* hojas/pedúnculos
Diente de león *(Taraxacum officinale),* hojas/raíces
Frambueso *(Rubus idaeus),* hojas/tallos/bayas
Llantén *(Plantago),* hojas
Ortiga mayor *(Urtica dioica),* hojas
Ruibarbo *(Rumex obtusifolius),* hojas/raíces
Trébol *(Trifolium pratense),* flores cáscaras de huevo/huesos limpios

Llena un jarro de litro con hierbas frescas y vierte encima vinagre de sidra hasta llenarlo (el vinagre disuelve el calcio y otros minerales y los mantiene en solución). Cúbrelo con una tapa de plástico y déjalo reposar 6 semanas. Puedes usar el vinagre para aderezar la ensalada, añadirlo a las legumbres o a la sopa, o diluir 1 cucharada en 1 taza de agua junto con 1 cucharada de melaza, lo que le aporta 137 mg más de calcio.

Bonny Bony Brew [Bonito brebaje para los huesos]
(1 taza aporta 300 mg de calcio)
Cola de caballo o equiseto menor *(Equisetum arvense)* seco: 2 g (1 cucharada)

Ortiga *(Urtica dioica)* seca: 30 g
Salvia *(Salvia officinalis)* seca: 2 g (1 cucharada)
(La ortiga se puede reemplazar por trébol, paja de avena o frambueso.)

Tritura la salvia entre las palmas, ponía en un recipiente de litro con las otras dos hierbas. Añade agua hirviendo hasta llenar el recipiente, tapa con cierre hermético y deja macerar 4 horas. Cuela.

OBSERVACIÓN: Las hierbas se pueden considerar verduras de hoja verde muy ricas en minerales. Estas recetas son una manera muy fácil de añadir minerales y otros elementos nutritivos a la dieta.

Las ansias de azúcar, el alcoholismo y la química cerebral

En mi experiencia clínica he observado que en las familias en las que hay varios alcohólicos casi siempre hay familiares adictos al azúcar, aunque estos no sean propensos a beber en exceso. Estas adicciones tienden a intercambiarse; cualquier veterano de la asociación Alcohólicos Anónimos te podría afirmar que los alimentos dulces son la comida corriente en las reuniones de cualquier tipo cuando las personas reemplazan el alcohol por el azúcar.

Esta observación la ha confirmado el trabajo de la doctora Kathleen DesMaisons, especialista en nutrición y adicciones, que ha logrado un 90 por ciento de éxito en la rehabilitación de responsables de repetidos accidentes por conducir bebidos, enseñándoles a comer para estabilizar el nivel de azúcar en la sangre y la química cerebral. Sus investigaciones han revelado que las personas que ansian tomar alcohol o azúcar, o ambas cosas, tienen una mayor necesidad (probablemente innata) de serotonina, dopamina y betaendorfina en el cerebro. (Muchas de estas personas son también muy creativas; no es ningún secreto que algunos grandes escritores han sido alcohólicos.) Lo principal para que estas personas lleguen a dominar su comportamiento adictivo, y muchas veces destructivo, es que aprendan a equilibrar las substancias químicas del cerebro observando los efectos de diferentes alimentos en su estado anímico.

Este método para tratar las ansias, ya sean de alcohol, azúcar o pan blanco, elimina gran parte de la crítica. Las ansias se convierten en la manera en que el cuerpo trata de decir a la persona que su cerebro necesita una combinación de substancias químicas distinta a la que está recibiendo. La tarea es descubrir cómo darle al cerebro lo que necesita.

La doctora DesMaisons tiene unas preguntas muy sencillas para determinar si uno es sensible al azúcar; una es: al pensar en tu infancia, cuando recuerdas las salidas con tu familia las noches de verano, a tomar helado, ¿qué parte recuerdas mejor? ¿El coche, la sensación del aire de la noche, a tus familiares o el helado? Si lo primero que recuerdas es el helado, probablemente eres sensible al azúcar. Otra pregunta: si llegabas a casa después de una comilona fuera y alguien acababa de hacer unos pastelitos de chocolale, ¿te comías uno aunque no tuvieras hambre? ¿O decías que no, que ya comerías más tarde? Una persona que ansia tomar azúcar se va a comer un pastel inmediatamente. (Cuando me hice estas preguntas, recordé en primer lugar el helado, siempre de chocolate. Y en algunas ocasiones ciertamente he comido galletas o pastelitos sin tener hambre. Después descubrí que en las generaciones de mis abuelos y bisabuelos había algunos alcohólicos, aunque yo no lo sabía porque no vivían en casa cuando yo era niña.)

Sabemos que tener suficiente cantidad de serotonina (una substancia química cerebral) es la clave para sentirnos tranquilos y centrados; por eso se han hecho tan populares los antidepresivos Prozac, Paxil y Zoloft, todos los cuales estimulan la producción de serotonina. Los fármacos para bajar de peso «fen-phen» y Redux, ahora eliminados del mercado debido a sus peligrosos efectos secundarios, también estimulaban la producción de serotonina. Afortunadamente es posible aprender a estimular y equilibrar la serotonina sin la ayuda de fármacos.

La serotonina se fabrica en el cerebro a partir del aminoácido triptófano, presente en las proteínas.[65] Para que el triptófano entre en el torrente sanguíneo, el cuerpo necesita insulina, lo cual significa que es necesario comer hidratos de carbono también. Se necesita insulina suficiente para que haga este trabajo, pero no tanta que produzca el efecto de rebote de bajar el nivel de azúcar en la sangre. Si la persona es propensa al trastorno afectivo estacional (SAD) u otras formas de depresión, tal vez necesite consumir más hidratos de carbono que la mayoría de la gente para estimular la producción de serotonina hasta los niveles adecuados.

Una de las mejores maneras de obtener lo que se necesita es tomar un tentempié pobre en grasas y proteínas y rico en hidratos de carbono complejos a las cuatro de la tarde o por la noche antes de acostarse (estas son las horas en que tienden a bajar los niveles de azúcar y de serotonina, produciendo cansancio y un

estado de ánimo depresivo). Kathleen DesMaisons sugiere comer una patata al horno a esas horas, porque contiene pocas calorías y elevará un poco el nivel de insulina, pero no demasiado. Otra manera de aumentar el nivel de serotonina es salir fuera y exponerse a la luz natural, o pasar un tiempo delante de una fuente de luz de amplio espectro. Uno de los motivos de la tendencia a bajar de peso en verano es que la mayor luz estimula la producción de serotonina, y entonces disminuyen de un modo natural las ansias y el consumo de hidratos de carbono.

La betaendorfina (otra substancia química cerebral) tiene propiedades semejantes a las de la morfina; está relacionada con la euforia y una menor capacidad de sentir dolor. Los estudios de la doctora DesMaisons indican que los alimentos que tienen un índice glucémico muy elevado, como el azúcar y los productos de harina refinada, pueden actuar a modo de opio en el cuerpo, y por eso son adictivos para algunas personas. Pero la meditación también aumenta las betaendorfinas, ¡así como estar enamorada!

La dopamina, que nos da el impulso para iniciar el movimiento y la expresión emocional, se aumenta comiendo proteínas. Si de vez en cuando ansias comer un bistec, es posible que necesites dopamina. Comer una cantidad adecuada de proteína en cada comida (sea de origen animal o vegetal) también va bien para estabilizar el nivel de azúcar en la sangre.

La mejor manera de descubrir qué nos va bien es llevar un diario alimentario en el cual uno anota lo que ha comido, dónde lo comió y cómo se sintió en el momento y después. Así irán surgiendo las pautas que nos permitirán comprobar qué alimentos nos apoyan mejor y cuáles nos desestabilizan.

Por mi propia experiencia de haber llegado poco a poco a hacer las paces con mi sensibilidad al azúcar, puedo asegurarte que hay luz al final de este túnel. Después de más de treinta años combatiendo mis ansias de hidratos de carbono, finalmente me he liberado con tres comidas al día, cada una de las cuales incluye un poco de proteína, haciendo ejercicio con regularidad y sintonizando con mis sentimientos y las necesidades de mi cuerpo. Conocer la obra de la doctora DesMaisons fue para mí como encontrar la última pieza del rompecabezas. Ella me confirmó lo que yo y mis pacientes hemos estado experimentando durante años. He hecho las paces con mi química cerebral innata y he trabajado con cientos de mujeres que han hecho lo mismo. Tú también puedes lograrlo.

Si acabas de empezar con todo esto, te recomiendo el libro de la doctora DesMaisons *Potatoes, Not Prozac* [Patatas, no Prozac] (Simon & Schuster, 1998), en el que da instrucciones detalladas para equilibrar el ánimo con la comida. Esta es la mejor fuente de información y consejos que conozco sobre la conexión mente-cuerpo y la comida.

Otras preguntas comunes

¿Puede la dieta mejorar el síndrome del colon irritable y otros problemas digestivos?

Muchas mujeres han seguido numerosos tratamientos con antibióticos para el acné y las infecciones de las vías urinaria y respiratoria superior. La toma prolongada de antibióticos mata la flora intestinal normal, necesaria para el sano funcionamiento del colon, lugar del cuerpo donde las bacterias esenciales tienen un papel importante en la absorción y la fabricación de elementos nutritivos. Además, se ha comprobado que la toma regular de aspirina y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroides (como el ibuprofén y el acetaminofeno) también afecta a la actividad fisiológica del estómago y los intestinos (entre la mitad y dos tercios de las pacientes que toman permanentemente medicamentos antiinflamatorios no esteroides muestran una inflamación del intestino delgado).[66]

Dada nuestra predilección nacional por el abuso de antibióticos y aspirina (y otros medicamentos antiinflamatorios no esteroides), una dieta de alimentos refinados y un estilo de vida saturado de estrés, muchas mujeres tienen problemas digestivos, entre ellos estreñimiento crónico, exceso de gases, diarreas frecuentes y molestias en el bajo vientre. Todos estos trastornos pueden ser consecuencia de un desequilibrio en las bacterias intestinales normales, diversos tipos de parásitos intestinales, excesiva proliferación de hongos y aumento de la permeabilidad intestinal. Estos trastornos se conocen en conjunto con el nombre de «disbiosis intestinal», que suele estar relacionada con o ser causa de vaginitis crónica, migrañas, artritis, enfermedades autoinmunes y alergias alimentarias.[67]

Este problema se diagnostica en el examen clínico por síntomas como flatulencia o diarrea crónicas, o enviando cultivos de heces a un laboratorio especializado en estos análisis; suelen diagnosticarse también parásitos intestinales. Entonces se recetan diversos suplementos, como las bacterias acidófilus y bífidus, enzimas digestivas y ácido clorhídrico para normalizar la flora intestinal y controlar la proliferación de hongos.

A algunas personas también se les recomienda evitar los alimentos que contienen levaduras u hongos, pero, según he visto repetidamente en mi experiencia, esta rigurosa restricción dietética no es necesaria una vez que el metabolismo, las emociones y las opciones dietéticas vuelven a ser óptimos. Una vez hecho esto, los hongos, y también los parásitos si los hay, se marchan solos.

Otro problema relacionado muy común, el síndrome del colon irritable, suele responder bien a la menta con recubrimiento entérico; se encuentra en las tiendas de alimentos dietéticos. He recetado la marca Mentharil con buenos resultados.[68]

¿Y las alergias alimentarias?

Muchas mujeres son alérgicas a ciertos alimentos, que pueden producir síntomas que van desde las molestias intestinales hasta la subida de peso. Culpables comunes son los productos lácteos, los productos del trigo y otros que contienen gluten, el maíz y los aditivos. La disbiosis intestinal suele ir acompañada por alergias alimentarias.[69] Hay varios métodos para diagnosticar estas alergias; se puede usar un análisis de sangre llamado «batería de pruebas IgG Elisa». Este análisis debe pedirlo un médico de cabecera que esté familiarizado con este tipo de pruebas, y realizarlo un laboratorio especializado.[70] Después, según los resultados, se prescribe una dieta especial.

Es bastante común ser alérgica a uno o dos alimentos. Pero las mujeres que tienen alergias alimentarias múltiples que se resisten a los cambios dietéticos sencillos suelen tener una historia de maltrato o abuso de algún tipo, o continúan manteniendo relaciones disfuncionales, o siguen en trabajos muy estresantes. Cuando es este el caso, los cambios dietéticos solos no van a tratar adecuadamente el problema. Hay una increíble sinergia entre el estilo de vida, el estrés y las partes del sistema inmunitario que mantienen la salud intestinal y vaginal.[71] A muchas mujeres les resulta enormemente útil apoyar a su cuerpo con una buena nutrición mientras aprenden a apoyarse a sí mismas en el aspecto emocional y psíquico. Los estudios han demostrado que eso normaliza la reacción del sistema inmunitario. A este paso yo lo llamo «reaprovisionar el terreno».

La técnica Nambudripad de eliminación de la alergia es un método muy eficaz para eliminar alergias de todo tipo, también las alimentarias. Este método lo ideó la doctora Devi Nambudripad, acupuntora y quiropráctica que, por experiencia personal y clínica, descubrió que las alergias suelen acompañar a ciertos comportamientos físicos, emocionales y nutricionales que es necesario reprogramar para eliminarlas. Su técnica aplica la acupuntura y la digitopresión para «limpiar» el comportamiento, e incluye la eliminación temporal del alergeno. He enviado a muchas pacientes a terapeutas formados en esta revolucionaria técnica, que recomiendo encarecidamente.

¿Tengo que dejar el café?

La cafeína es una droga muy popular en todo el mundo, tal vez la más popular. La mujer estadounidense corriente bebe al año unos 120 litros de bebidas no alcohólicas con cafeína y 105 litros de café; además, en la composición de más de mil medicamentos patentados hay cafeína. El 95 por ciento de las embarazadas consumen cafeína durante el embarazo.[72] Yo tomo principalmente café descafeinado, y sólo una o dos veces al mes tomo del normal.

La cafeína estimula el sistema nervioso central y afecta al corazón, los músculos esqueléticos, los riñones y las glándulas suprarrenales. Produce una mayor agudeza mental al comienzo, pero una vez pasado el primer efecto puede también producir confusión mental. En algunas mujeres, la cafeína es uno de los factores causantes del dolor y los quistes en las mamas. Alguna que otra mujer es tan sensible a la cafeína que un solo trozo de chocolate (que contiene cafeína y teobromina, substancia emparentada) le causa sensibilidad en los pechos antes de la menstruación el mes en que lo come. La cafeína también inhibe una enzima que es necesaria para producir el equilibrio óptimo de los eicosanoides.

Los trastornos del sueño suelen desaparecer cuando la persona deja de tomar cafeína, y también disminuye la frecuencia urinaria. Algunos estudios han comprobado que los efectos de la cafeína en las mujeres pueden variar según el nivel de estrógeno presente en el organismo.[73] Incluso el café descafeinado puede irritar las mamas y la vejiga a algunas mujeres.

Puedes hacer la prueba siguiente para ver si eres adicta a la cafeína: no tomes cafeína durante tres días; si esto te produce dolor de cabeza, eres adicta; si no, probablemente no te afecta mucho. Dejar la cafeína sólo lleva dos o tres días, pero los dolores de cabeza y el cansancio que produce la abstinencia pueden ser bastante molestos y debilitadores. A las mujeres que desean dejar la cafeína les recomiendo programarlo durante un fin de semana, o cuando tengan tiempo para descansar, cuidarse y mimarse de otras maneras. Du-

rante esos días bebe mucha agua y 3 o 4 tazas de infusión de manzanilla al día. Esta infusión se considera un tónico para los nervios y es útil para mantenerse despabilada y alerta. Muchas de mis pacientes observan que su tolerancia a la cafeína disminuye con los años. Las que la han dejado y vuelven a probarla suelen notar que esta droga les afecta muchísimo.

Eliminar la cafeína puede ser un paso en la dirección correcta para ti. Ciertamente te convendrá hacerlo si estás planeando un embarazo.

¿Puedo beber alcohol?

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas se ha relacionado con un mayor riesgo de cáncer de mama, irregularidades menstruales, Osteoporosis y defectos de nacimiento. A las mujeres que beben alcohol con regularidad les pido que tomen conciencia de por qué lo hacen y cómo lo utilizan. Si sienten necesidad de beber dos copas cada noche para «relajarse» (sea en casa o fuera), examino seriamente ese hábito. Meditar, escuchar música y darse un largo baño caliente son buenas alternativas.

Les recuerdo que dos copas de alcohol por noche eliminan la fase de sueño REM, de movimientos rápidos de los ojos, que es la fase en que ocurren los sueños. Soñar forma parte de nuestro sistema de guía interior. ¿Para qué borrarlo con alcohol?

La cantidad de alcohol que se bebe tiene muy poco que ver con si se tiene o no un problema con él. Lo que determina si una persona es alcohólica es su relación con el alcohol. Una de mis pacientes se dio cuenta de que se sentía mucho más tranquila cuando tenía una botella llena de jerez junto a la cama. Rara vez bebía, pero si la botella no estaba allí, se ponía intranquila. Por ese motivo asistió a unas cuantas reuniones de Alcohólicos Anónimos y descubrió que en realidad tenía una tendencia al alcoholismo.

Para muchas mujeres la «hora del cóctel» es un rito sagrado. Cuando les sugiero que beban agua mineral o sidra a modo de alternativa, para ver qué efecto tiene el alcohol en ellas, la reacción que veo me da algunas pistas sobre su relación con el alcohol. Una mujer me dijo: «Pero es que mi marido y yo esperamos con ilusión esa hora. Nos lo pasamos tan bien que a menudo nos olvidamos de la cena». (!) Otra me dijo: «No puedo reemplazarlo por una bebida no alcohólica, porque si lo hago, todo el mundo me va a comenzar a parecer estúpido». (Mmmm.)

Por favor, sé amable contigo misma. Examina tu relación con el alcohol y haz cambios si es necesario. Si crees que no puedes pasar sin tu vino o tu cóctel de la noche, es que tienes un problema.

Observa también que cuando consumes suficientes vitaminas B, reduces el azúcar y aumentas las proteínas, disminuyen tus deseos de beber alcohol.

Unas palabras acerca del tabaco

Sé que debería dejar de fumar...

No doy sermones a las fumadoras porque generalmente desean dejarlo de todos modos. A veces unas cuantas realidades las ayudan a tomar la decisión:

- En estos momentos las empresas tabacaleras tienen por blanco a las adolescentes, el sector más importante del mercado de cigarrillos, porque se ha descubierto que su autoestima es muy baja y por lo tanto es más probable que comiencen a fumar a consecuencia de la presión de sus compañeras. De hecho, el porcentaje de fumadoras entre las chicas de octavo curso se elevó a más del 40 por ciento entre 1991 y 1996, gracias en parte a la eficacia de la propaganda de las tabacaleras, combinada con la vulnerabilidad de las chicas, por no decir nada del deseo de adelgazar.
- El 41,2 por ciento de las alumnas blancas de enseñanza media y universitaria fuman o consumen otros productos del tabaco.
- Cada año el tabaco mata a más no fumadores que el sida, las drogas ilegales y el alcoholismo de los adolescentes.
- El tabaco le cuesta al contribuyente estadounidense más de cien mil millones [15,5 billones de pesetas] de dólares anuales.[74]
- Una de cada seis muertes en Estados Unidos está relacionada con el tabaco.
- El tabaco aumenta en un 300 por ciento el riesgo de accidente cerebrovascular (derrame cerebral, apoplejía).
- Son más los estadounidenses que mueren cada año a causa del tabaco que los que mueren a causa de incendios, accidentes de coches, drogas ilegales, asesinatos y el sida, todos juntos.

- El tabaco mata a más personas en dos días que el crack y la cocaína en un año.[75]
- Las compañías tabacaleras saben que una vez enganchadas, las mujeres son menos propensas a dejarlo que los hombres. (Más enfermeras comienzan a fumar durante su formación que en cualquier otra profesión.)
- Los cigarrillos son más adictivos que la heroína, porque cuando llega el humo a los pulmones produce de inmediato un profundo efecto de droga en el cerebro. Es como inyectarse la substancia más adictiva del mundo. Algunos chicos quedan «enganchados» después de un solo cigarrillo.
- En el tabaco se albergan más de 4.000 substancias químicas, entre ellas 200 venenos conocidos, como el DDT, el arsénico, el formol y el monóxido de carbono.

El tabaco y los problemas de salud específicamente femeninos

El poder de la adicción y la negación no es nunca tan sorprendente como en el caso de una paciente embarazada que, pese a su historial de infecundidad, continúa fumando durante todo su embarazo. Consideremos los siguientes datos:

- El índice de abortos espontáneos entre las fumadoras es el doble que entre las no fumadoras. Los fetos de estos abortos espontáneos suelen ser normales genéticamente.
- Los bebés de madres fumadoras corren el doble de riesgo de morir del síndrome de muerte súbita.[76]
- Fumar durante el embarazo es la causa número uno de nacimientos de bebés de peso por debajo de lo normal, entre los cuales el índice de mortalidad es muy superior al de los bebés que nacen con un peso normal.
- Los hijos de padres fumadores tienen más enfermedades de las vías respiratorias (como el asma) al año que los hijos de los no fumadores.
- Las fumadoras corren un mayor riesgo de cáncer del cuello del útero y de la vulva, y de tener anormalidades en las pruebas citológicas, posiblemente porque el tabaco agota las vitaminas C y A y el betacaroteno, antioxidantes que protegen del cáncer.[77] El tabaco literalmente envenena los ovarios.
- Fumar envejece la piel con más rapidez de la normal.
- El cáncer de pulmón ya ha superado al cáncer de mama como asesino número uno de mujeres. (¡Sí que has progresado, nena!)
- Las fumadoras corren un mayor riesgo de Osteoporosis, vejez prematura y enfermedades cardiacas.

El doctor Andrew Weil observa que hay hojas de tabaco talladas en los pilares del edificio del Capitolio en Washington, testimonio de los entrelazados intereses del Gobierno y las compañías tabacaleras. Desde que está en vigor la seria advertencia contra el tabaco en Estados Unidos, los cultivadores de tabaco apuntan ahora hacia el mercado casi ilimitado del extranjero, a lugares como China, por ejemplo.

Cómo dejar de fumar

- Has de saber que cada intento de dejarlo aumenta tus posibilidades de tener éxito la próxima vez. Reconócete el mérito de intentarlo. Recuerda que 50 millones de mujeres estadounidenses lo han conseguido.
- Por el momento, cuando fumes, trata de tomar conciencia de lo que haces. Sal fuera, inspira profundamente y presta atención a tus pulmones.
- Pide permiso a tus pulmones para fumar. Obsérvate esa parte del cuerpo y comprueba cómo se siente.
- Cuando fumes, fuma; trata de obtener todo el placer posible del cigarrillo. Como con la comida, se trata de cambiar la conciencia respecto al fumar. Hacerlo va a acabar con el sistema «robot» que está en la base de este hábito.
- Cuando decidas dejarlo, lleva un diario del fumar durante una semana; allí anota dónde fumaste, en qué momento, con quién estabas y cómo te sentiste. Esto te servirá para identificar tus «desencadenantes».
- Hazte una lista de comportamientos alternativos a fumar, que puedas tener a mano en tus «momentos desencadenantes». Podrían ser: hacer unas cuantas respiraciones profundas, salir a dar un corto paseo al aire libre, comer algún caramelo duro de sabor fuerte, por ejemplo de canela, o beber un vaso de agua.
- Comprende que cuando dejes de fumar no sólo vas a renunciar a los cigarrillos, sino también a tu identidad de fumadora. Eso significa que cambiará todo tu mundo de relaciones, que suele organizar-

se en torno al hecho de fumar. Dado que muchas mujeres tienen una naturaleza básicamente social, esta parte podría ser la más difícil. Cuando miro a los grupos de fumadores que se pasean fuera de los recintos donde no se puede fumar, durante los descansos, veo cómo se han vinculado estas personas, que tal vez no tienen nada más en común. Una de las lectoras de mi hoja informativa me escribió: «Mi único motivo para dejar de fumar fue que nunca sabía dónde podía fumar y quería ser considerada con las personas sensibles al humo».

- Prepárate para sentir plenamente. Todas las adicciones adormecen los sentimientos. El tabaco en particular apaga la energía del corazón y hace difícil sentir la intensidad de la pasión y la alegría, aun cuando sí sirve temporalmente para sentir menos pena, ansiedad o rabia. Una suscriptora de nuestra hoja informativa que consiguió dejar de fumar me comentó: «Tenía la impresión de que fumar me adormecía en cierto modo, y pensé que si había sentimientos o partes de mí misma que estaban dormidos, no me eran accesibles. Me dispuse a dejarlo cuando me molestó seguir viviendo con partes perdidas o sentimientos inaccesibles por estar adormecidos o envueltos en humo. Me llevó un tiempo llegar a eso, pero en ese punto me pareció más importante ser totalmente accesible para mí en mi vida que fumar».
- No te preocupes pensando que vas a subir de peso; eso no es una consecuencia inevitable del hecho de dejar de fumar. El único motivo de que se suba de peso es que se sustituye una adicción por otra. (El dictamen de estar delgada es tan poderoso que muchas fumadoras prefieren el riesgo de enfermar de cáncer de pulmón y morir al riesgo de subir de peso. Unas cuantas fumadoras muy sinceras me han dicho esto.)
- Busca apoyo. Puedes encontrar un grupo de apoyo o un programa para dejar de fumar en casi todos los hospitales. A través de Alcohólicos Anónimos se puede conseguir un programa de Doce Pasos de Fumadores Anónimos (busca en las páginas amarillas).
- Prueba con hipnosis. Durante años he enviado a fumadoras a hacerse un tratamiento a base de hipnosis, muchas veces con muy buenos resultados.
- Prueba con acupuntura. Se sabe que la acupuntura y la medicina tradicional china son beneficiosas en la curación de la adicción al tabaco y a otras drogas. En Nueva York, el March of Dimes y el Hospital Columbia-Presbyterian recomiendan un tratamiento basado en la acupuntura a sus clientes adictos. En un estudio de tres años, realizado sobre 2.282 casos, la acupuntura tuvo un 90 por ciento de éxito en un programa de desintoxicación de la nicotina.[78] Por lo general sólo se necesita un solo tratamiento. Un beneficio añadido es que la acupuntura disminuye la posibilidad de subir de peso al dejar de fumar. Muchas de mis pacientes han tenido éxito en dejar de fumar (y también en dejar el alcohol y otras drogas) acudiendo a Rhonda LeNair, una sanadora muy cualificada con quien he trabajado durante unos años. Además de atender en su consulta, está dispuesta a viajar para ver a grupos de personas que desean sus servicios. Quienes han visto a LeNair, como muchas que han optado por la acupuntura, no experimentan la subida de peso compensatoria después de dejar de fumar. Prueba con Sulfonil, un suplemento nutricional que inhibe las ansias de nicotina. La dosis es de 2 cápsulas al despertar, 1 cada cuatro a seis horas durante el día y otras 2 al acostarse. Tómalo sólo mientras persistan los deseos de fumar (normalmente entre tres días y dos semanas).

¿Y LA AYUDA CON FÁRMACOS? A algunas mujeres les ha ido bien el chicle de nicotina o el parche de nicotina; estos dos productos se venden sin receta y se los ha promocionado muchísimo como un medio para «ir disminuyendo» el consumo de tabaco. El índice de éxito a corto plazo de cada uno es similar, y los dos dan mejores resultados si se combinan con una ayuda psicológica. Los informes sobre los resultados a largo plazo son variados. Yo prefiero los programas que he indicado. Conviene eliminar la nicotina del organismo lo antes posible, y estos productos simplemente alargan el proceso. Si los pruebas, sigue con exactitud las instrucciones que acompañan el paquete, porque si no, podrías tomar una sobredosis de nicotina.

Ayudar a la familia a comer bien

Diariamente escucho las quejas de las mujeres que dicen que no pueden cambiar de dieta porque nadie en su casa va a querer esa comida. El proceso tiene que ser gradual.

No le pidas permiso a tu familia para mejorar tu salud, y posiblemente la de ellos. Sí diles lo que haces y por qué.

Gánate su colaboración tanto como puedas. Casi a todo el mundo le gustan los alimentos sanos; descubre cuáles son los predilectos de tu familia.

No impongas un programa. Si encuentras resistencia, limítate a sonreír y continúa con tu propio programa. El hijastro de una de mis colegas solía burlarse de ella y de sus comidas cuando era adolescente. Él y sus amigos se mofaban señalando el tofu y el arroz integral en la nevera y alardeaban de lo deliciosos que eran sus perritos calientes, blandiéndolos como trofeos. Ahora que ya vive solo en un apartamento propio, está muy interesado por su salud. Se ha dado cuenta de lo mejor que se siente cuando come bien; acude a mi colega para que le dé consejos de cocina y de nutrición. Él y sus amigos se han convertido en unos fabulosos cocineros vegetarianos.

Respeta los gustos y el ritmo de tu familia. Al principio, en 1980, a mi marido no le entusiasmaban mucho mis comidas de arroz integral y tofu. Ahora le encanta esa comida, y ya no querría reintroducir proteínas de origen animal en la dieta de la familia. Hemos hecho el círculo completo, pero hoy tenemos un sistema más equilibrado que antes. El fundamentalismo alimentario es algo del pasado en nuestra casa.

Con los años, mi hija menor se ha ido sintiendo cada vez más atraída por los alimentos de origen animal. Le gustan los perritos calientes, pero mantiene al mínimo su consumo; sin embargo, no le gusta la carne roja. Este año anunció que no le gustaba mucho nuestra comida. Así pues, juntas hicimos una lista de los alimentos no vegetarianos con poca grasa que le gustan. Entre ellos están el pollo criado orgánicamente, los pasteles y galletas con poca grasa (incluso algunos con grasa hidrogenada), y de vez en cuando un yogur descremado. Ya tiene edad suficiente para salir al mundo y descubrir cuáles son sus gustos. Ya no puedo controlar su dieta, de modo que he transigido y busco los alimentos de mejor calidad con menos grasa que a ella le gustan. Cuando no está en casa, come todas las cosas que comen a su edad los chicos, buenas y malas. He tenido que entender que no tengo ningún control sobre esto, y aunque me siento tentada de inmiscuirme, comprendo que soy impotente ante sus gustos y su conducta. Cuanto antes comprendamos esto las madres, mejor.

Pide ayuda y colaboración. Mis hijas participan en la compra y la preparación de las comidas. Las decisiones sobre las comidas y la ayuda en su preparación son un deber de aquellos con los cuales se comparten las comidas. Cualquier hijo, del sexo que sea, pasados los diez años, es capaz de aprender fácilmente los rudimentos de la cocina, como también cualquier hombre de cualquier edad.

Sé flexible. Cuando las niñas eran pequeñas, nuestro acuerdo familiar era que podían comer algunas «comidas basura» (patatas fritas, por ejemplo) con moderación cuando estábamos de viaje o salíamos a comer fuera. A nosotros también nos gustan. Considerarlas «prohibidas» simplemente aumenta el deseo de comerlas. En casa no compramos muchos dulces, pero solemos tomar postre cuando comemos fuera. Todo es cuestión de equilibrio.

Respeta la sabiduría interior de cada miembro de tu familia. Cualquier madre sería tonta si creyera que puede controlar todas las preferencias alimentarias de sus hijos. Los caramelos, los helados y las pizzas son muy corrientes en nuestra cultura, y probablemente tus hijos los coman. Eso no será problema si han comido regularmente alimentos sanos, para que su cuerpo note la diferencia. Mis hijas tienen su propia guía interior para elegir los alimentos que les van mejor a ellas, sobre todo dado que han sido alimentadas con comidas sanas. Puesto que ese es el criterio que aplico en mi consulta, ¿por qué habría de esperar menos de mis hijas simplemente porque soy su madre?

Cuando aún no tenían cuatro años, evidentemente yo ejercía mucho más control sobre los alimentos que comían que el que ejerzo ahora. De pequeñas, yo observaba que si comían helado o caramelos, por ejemplo, solían tener diarrea o un poco de fiebre a las pocas horas. Otras madres cuyos hijos comen normalmente alimentos integrales refieren la misma experiencia; su organismo literalmente se «desintoxicaba» o «expulsaba» los alimentos refinados. Incluso ahora considero sus enfermedades, sobre todo los resfriados, la manera que tiene su cuerpo de ayunar, descansar y librarse del exceso. He hecho todo lo que he podido para crear en mis hijas unos cimientos nutritivos sólidos. Cuando después piensen en «la cocina de mamá» recordarán el arroz integral, el tofu y las coles, y no asados de carne ni pastel Yorkshire. Pero eso no significa que no vayan a poder disfrutar de un asado o de un pastel de vez en cuando, sobre todo ahora que hemos añadido más proteínas de origen animal a nuestra alimentación. Estos cimientos les son útiles. Cuando hace poco mi hija mayor volvió de una excursión escolar de una semana, lo único que deseaba comer era arroz integral y verduras frescas; venía harta de la dieta estadounidense estándar: grandes cantidades de azúcar, grasa y basura. Cuando yo vuelvo de un viaje, también ansio comer verduras recién hechas al vapor y alimentos integrales.

Toma clases de cocina. La mayoría de las estadounidenses no conocen los rudimentos culinarios para preparar comidas buenas y sanas, con alimentos frescos y completos. Agradezco haber asistido a clases de cocina macrobiótica hace unos años; aprender a cocinar con cereales integrales, legumbres, tofu y tempe me dio una excelente base para preparar las comidas sanas que hago desde hace muchos años, incluso después de

comenzar a añadir más proteínas y alimentos de origen animal a nuestra dieta. Lo mismo puedo decir de muchas de mis pacientes.

Mi colega de toda la vida Jeff Woodward, chef de cocina de alimentos integrales y autor de *The Healing Power of Food: A Gourmet Cookhook for Lives in Transition,* ahora ofrece clases de cocina poniendo el acento en aumentar las proteínas y disminuir los hidratos de carbono con un índice glucémico elevado, para que cada persona sea más capaz de descubrir las proporciones nutritivas que le van mejor. También en muchas tiendas de alimentos dietéticos puedes encontrar información sobre clases de cocina.

Cocinar con buenos utensilios. En muchas casas todavía se usa un equipo de cocina de calidad inferior a la normal. Al igual que muchas mujeres —y hombres—, yo solía subvalorar el arte de la preparación de los alimentos al no dar importancia a los utensilios que se usan en él. ¿Tienes ollas de juegos distintos, sin tapas, amontonadas de cualquier manera en los armarios de la cocina? ¿O tienes utensilios prácticos y agradables de usar? ¿No crees que te mereces tener los instrumentos apropiados para realizar algo tan esencial como nutriros a tu familia y a ti? Al fin y al cabo estos artículos son para uso diario. Lo mismo vale para los cuchillos de buena calidad.

Recomiendo no usar ollas ni cazos de aluminio. Cada vez hay más pruebas de que la acumulación de aluminio en el cerebro podría ser uno de los factores causantes de la enfermedad de Alzheimer, y es posible que influya también en otras enfermedades degenerativas, entre ellas la de Parkinson y la esclerosis lateral amiotrófica. Cuando se calienta agua en un cazo de aluminio, aumenta 75 veces el nivel de aluminio en el agua así calentada; este nivel excede con mucho lo que se considera sin riesgo para el agua potable del grifo. Es interesante observar que desde que se eliminaron las sales de aluminio de las soluciones para la diálisis de riñón ha disminuido el índice de demencia que se relacionaba con la diálisis. [79] Así pues, evita los utensilios de aluminio en la cocina y también otras fuentes de este mineral tanto como te sea posible.

Vivir en proceso con la nutrición

En 1979, a la gran mayoría de mis pacientes les recomendaba dietas pobres en grasa y ricas en hidratos de carbono complejos, y también cambié mi dieta y la de mi familia. Observé muy buenos cambios en la salud general de la gente con este método, los que documentaba en la primera edición de este libro. Después, a partir de la primavera de 1994, comencé a acumular perturbadores informes acerca de la relación entre las dietas ricas en hidratos de carbono, el exceso de grasa y algunas enfermedades. Tras experimentar, leer y hacer un examen de conciencia, finalmente llegué a la conclusión de que, como ocurre en todo, no existe una dieta que sea la correcta para todos. Comencé a añadir a mi dieta más proteínas y alimentos de origen animal, y observé una enorme mejoría en mi nivel de energía y la composición grasa de mi cuerpo. Lo mismo les ha ocurrido a muchas de mis pacientes y a mis familiares.

Yo creo que ocurrió lo siguiente. Cuando mis pacientes y yo cambiamos a la dieta rica en hidratos de carbono y pobre en grasas que solía recomendarle a casi todo el mundo, mejoramos enormemente la dieta respecto a la que seguíamos antes. Y el bajo índice glucémico de muchos de los alimentos contribuyó a un adelgazamiento inicial en muchas de nosotras. También eliminamos el exceso de ácido araquidónico de las carnes, al que muchas eran sensibles, y redujimos el consumo de productos de harina y azúcar blancos y de ácidos grasos trans. Es decir, los resultados netos fueron positivos. Pero los estudios han demostrado que, a la larga, a muchas personas las dietas demasiado ricas en hidratos de carbono y demasiado pobres en grasas les aumentan el nivel de colesterol LDL (el malo) y les disminuyen el de colesterol HDL (el bueno), y producen la tendencia a subir de peso (sobre todo a las mujeres); según cual sea el metabolismo de la persona y su sensibilidad a la insulina, esto puede ser perjudicial para la salud. No es poco común que a las mujeres que siguen una dieta principalmente vegetariana, con el tiempo se les vuelvan las uñas frágiles y el cabello opaco y se sientan cansadas. Además, dado que las dietas ricas en hidratos de carbono suelen ser muy pobres en grasas y proteínas, pueden conducir a una sensación de privación y a un mayor riesgo de depresión, y es posible que incluso al suicidio y accidentes; al fin y al cabo, las substancias químicas del cerebro se fabrican a partir de la grasa alimentaria.[80]

Me llevó tres años cambiar de dieta para reflejar esta nueva información. Al principio me resistí, y también se resistió mi familia. Si ha heredado una tendencia a la resistencia a la insulina, es posible que no le guste la idea de reducir el consumo de sus amados pan, galletas saladas, pasta y arroz. Tampoco me gustó a mí. Pero, como en todo, uno se puede acostumbrar tanto a eso, que ni siquiera lo nota después de un tiempo.

Convertirnos en nuestra propia autoridad

De ti depende ser tu propia autoridad respecto a lo que es bueno para ti y lo que no. Mientras las mujeres pongan a su médico o a otra persona en el papel de «policía alimentario», nunca van a poder sintonizar con las necesidades nutricionales únicas de su cuerpo. Siempre estarán luchando con una figura de autoridad que suponen que tiene las respuestas, porque no saben que las respuestas están dentro de ellas, y no fuera. Como ya he dicho, mi propia experiencia con la dieta y el consumo de alimentos ha dado giros inesperados. En el proceso de encontrar mi verdad dietética y de ayudar a otros a hacer lo mismo, he tenido que cambiar mis opiniones y mis recomendaciones, y este proceso continúa. Habiendo trabajado con miles de mujeres y leído miles de artículos científicos sobre nutrición y salud, puedo asegurarte que no existe ninguna verdad dietética única que sea la respuesta para todo el mundo. Lo mismo vale para los «alimentos milagrosos», como las algas verdes azuladas, el aceite de semillas de lino y el polen de abeja. Estos alimentos sí van bien a algunas personas, pero no a todas. Una talla única no le va bien a todo el mundo.

Buscar apoyo para mejorar la nutrición

Para mantenerte en el camino, pídele a alguna amiga que se te una en tu búsqueda de un cuerpo sano. Según sea tu situación, considera la posibilidad de entrar en algún grupo de apoyo en el que se trate de la comida, las grasas y las emociones, algo así como Comedores Compulsivos Anónimos [Overeaters Anonymus]. Te recomiendo leer el libro de Geneen Roth *Why Weight? A Guide to Breaking Free from Compulsive Eating,*[*] y hacer los ejercicios que valen para ti; otros libros que también recomiendo son el de esta misma autora titulado *When Food is Love,*[**] y el de Kathleen DesMaison *Potatoes Not Prozac.* Encontrarás también muchos otros excelentes libros para apoyarte. Comprende que la gran mayoría de las mujeres tenemos problemas con la comida, por todos los motivos que ya hemos tratado. No estás sola.

Valorar la energía de los alimentos

Años de práctica clínica me han convencido de que la energía de los alimentos tiene consecuencias emocionales y psíquicas. Al digerirse, los alimentos no se descomponen totalmente en grasas, hidratos de carbono y proteínas anónimos; retienen parte de su energía original.[81] A semejanza de los seres humanos, el alimento es más que la suma de sus partes. Influye en él la forma como se cría o cultiva, se procesa, se maneja o se trata y se cocina. En resumen, el alimento tiene su campo energético único, el *prana* o *chi.* En los monasterios antiguos, sólo se permitía cocinar y tocar los alimentos a los monjes más iluminados, porque se creía que su campo energético afectaría a la comida.

Un buen número de estudios han documentado la relación entre el alimento, el comportamiento y el humor o estado de ánimo. Estudios realizados con escolares y las observaciones de muchos padres han respaldado el hecho de que los alimentos pobres en elementos nutritivos y ricos en azúcar, cafeína y aditivos producen a veces comportamientos excéntricos. Alexander Schauss ha documentado el vínculo entre la dieta y la delincuencia, mostrando la conexión entre las dietas ricas en azúcar y conservantes y la subsiguiente conducta excéntrica.[82] Por otro lado, si estuvieras sentada en una playa de Hawai leyendo novelas, podrías comer casi cualquier cosa que te apeteciera y sufrir pocos malos efectos, incluso de alimentos que suelen darte problemas (suponiendo, lógicamente, que te gusten Hawai y la playa). Pero cuando estás estresada o apurada, o te sientes desgraciada, eso afecta adversamente a la digestión y la asimilación de los alimentos. Es importante entender esta relación.

La digestión, la absorción y la asimilación de los alimentos también dependen de nuestro estado de conciencia. Es decir, si comes arroz integral y verduras porque te sientes culpable o como forma de castigarte, lo más probable es que estos alimentos no tengan ni de cerca los efectos beneficiosos que son capaces de producir.

En la Universidad Estatal de Ohio se realizó un experimento con conejos, ya famoso, para estudiar las enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos. Todos los conejos estaban predispuestos genéticamente a enfermar de aterosclerosis (formación de placas en las paredes de las arterias que las estrechan y obstruyen) y de la arteria coronaria. Los investigadores los alimentaron con una dieta rica en grasas para acelerar el proceso de la enfermedad. Al final del estudio, cuando se sacrificaron los conejos, se descubrió que más del 15 por ciento prácticamente no tenían enfermedad coronaria; sus arterias estaban limpias. Después de mucho rascar-

---

[*] Hay traducción al castellano: *Cómo superar la adicción a la comida*, (Urano, Barcelona, 1995).

[**] Hay traducción al castellano: *Cuando la comida sustituye al amor*, (Urano, Barcelona, 1992).

se la cabeza perplejos, descubrieron que esos conejos eran aquellos cuyas jaulas estaban a la altura de la cintura. La universitaria que alimentaba a los conejos solía sacarlos de la jaula, acariciarlos y jugar con ellos un rato antes de darles la comida.[83] Este estudio se ha repetido varias veces, principalmente porque al principio nadie podía creérselo, pero los resultados siempre han sido los mismos. Estudios como este contradicen abiertamente lo que normalmente creemos que ocurre. Les digo a mis pacientes que si van a comer unas buenas costillas, primero se hagan un masaje o recen una oración.

Las personas que tienen el trastorno de personalidad múltiple pueden ser muy alérgicas a un determinado alimento mientras están en una personalidad; ese mismo alimento no las afecta en absoluto cuando están en otra personalidad, aunque en el mismo cuerpo, claro. Es evidente que ocurre algo más con la comida y la nutrición aparte de la grasa, los hidratos de carbono, las proteínas, las vitaminas y las calorías. Una vez que se ha dicho y hecho todo, la dieta sólo es un factor en la creación de salud, si bien uno muy poderoso. Según numerosos investigadores, los hábitos alimentarios que están relacionados con un bajo riesgo de cáncer y enfermedad cardiaca suelen darse en personas que tienen otros factores de estilo de vida relacionados con un bajo riesgo de estas enfermedades. Entre ellos están el menor consumo de alcohol y comidas rápidas, y más ejercicio.

Te animo a experimentar con alimentos completos no procesados. Comprende que tu conciencia en torno a un alimento puede cambiar el efecto de ese alimento en tu cuerpo. Para mí, el placer de comer en un restaurante con mi familia, donde me sirven y puedo relajarme, supera el daño de cualquier grasa parcialmente hidrogenada que haya en el aderezo de la ensalada o en el pescado. En un estudio realizado por Melvin Morse con supervivientes de experiencias de muerte clínica temporal, se observó que estas personas comían mejor que las del grupo *de* control y en general cuidaban mejor de sí mismas. No hacen esto para evitar morir, sino porque, a consecuencia de su experiencia de muerte clínica temporal, valoran su vida más que antes. Comer bien es una manera de valorarnos y sustentarnos.[84]

George Burns dijo una vez: «Si hubiera sabido que iba a vivir tanto tiempo, me habría cuidado mejor». Parte del secreto de la longevidad de George Burns es su sentido del humor. No pierdas el tuyo, ¡y no comas sin él! Nunca pierdas de vista la comida.

18
El poder del movimiento

> Nuestro cuerpo crea nuestra alma, así como nuestra alma crea nuestro cuerpo.
>
> DAVID SPANGLER

El ejercicio físico o algún tipo de movimiento regular es una parte esencial de la creación de salud. El cuerpo está hecho para moverse, estirarse y correr. Yo hago ejercicio porque me gusta la sensación de tener un cuerpo y un corazón fuertes. Ahora que mis hijas ya son mayores, por primera vez en años tengo tiempo para hacerlo sin prisas. Mi hora de ejercicio forma parte de mi compromiso conmigo misma. Es fácil posponer el ejercicio hasta después de que la casa esté limpia, haya escrito un poco más o haya atendido la correspondencia. Pero la mayoría de las veces me pongo los pantalones cortos y empiezo a moverme. Los interminables deberes de la casa y el trabajo siempre van a estar ahí, incluso cuando ya esté muerta. Si en realidad el ejercicio me va a servir para vivir más años, entonces ahorro tiempo haciéndolo.

Si esperamos a que todo lo demás esté hecho para cuidar de nosotras mismas, nunca vamos a tener tiempo para hacer ejercicio. Si no nos creamos el tiempo necesario para hacer ejercicio, nunca lo vamos a tener. A mí por mi parte, me encanta hacerlo. No hago ejercicio para bajar de peso, y aunque tengo un historial familiar de enfermedades cardiacas y genéticamente bajo el nivel del colesterol HDL (el bueno), tampoco hago ejercicio por miedo a la enfermedad cardiaca. El viejo refrán feminista «dime cómo lo haces y te diré qué obtienes» vale tanto para el ejercicio como para cualquier otro aspecto de la vida. Llegar a este punto me ha llevado cuarenta años: primero tuve que superar el legado del «sin sacrificio no hay beneficio» con que me crié.

Nuestra herencia cultural

Muchas mujeres han de sanar primero las antiguas percepciones de sí mismas y de sus capacidades físicas para poder sentirse a gusto con la actividad física. Los colegios y la cultura tienden a confundir el deporte con el hecho de estar en forma. Ser buena para batear una pelota y estar en buena forma física no están necesariamente relacionados. Muchas chicas acaban sintiéndose mal respecto a su destreza física simplemente porque no son «buenas» para los deportes, sobre todo durante los primeros años de la enseñanza media, cuando hay tanta variación en el desarrollo. John Douillard, autor de *Body, Mind, and Sport* [Cuerpo, mente y deporte], y pionero en el campo de la forma física y la conciencia, cita una encuesta realizada por Louis Harris que revela que más del 50 por ciento de los estadounidenses tuvieron su primer fracaso en la vida en los deportes. El único motivo de que muchas chicas no tengan esa habilidad es que nunca nadie se la ha enseñado. Uno de mis amigos que era jugador de béisbol profesional me dijo que cuando los chicos están aprendiendo a lanzar la pelota también la lanzan «como una chica». Los chicos aprenden a «lanzar como un chico» practicando una y otra vez con los que son más expertos. Eso forma parte de su legado cultural.

¿Eres una de las chicas a las que nunca elegían para un equipo de baloncesto u otro deporte de pelota en la escuela? ¿Pensaste que debías dejar de practicar deportes con los chicos cuando comenzaron a desarrollársete los pechos? Revisa tu historia en busca de los mensajes que recibiste en tu infancia que te impiden disfrutar de la actividad física ahora. Si los hay, hazlos salir a la conciencia para poder experimentarlos plenamente y después olvidarlos. Brian Swimme, físico y autor de *The Universe is a Green Dragon* [El universo es un dragón verde], lo expresa mejor:

> Hacer ejercicio en realidad significa poner en movimiento. Cuando hacemos ejercicio, ponemos en movimiento nuestros recuerdos ancestrales. Nuestro cuerpo recuerda que vivíamos en los árboles y bosques. Necesitamos caminar a gatas, trepar y correr si queremos desarrollar nuestras capacidades intelectuales, emocionales y espirituales. [...] Tendemos a pensar en el ejercicio como una manera de bajar de peso, de quitar grasa. Pero hacer ejer-

cicio es capacitar al cuerpo para recordar su pasado, para que pueda estirarse con toda su capacidad de ser, pensar y reflexionar.[1]

Muchos de los cambios corporales que asociamos con la vejez no tienen nada que ver con la vejez propiamente dicha. La disminución de masa muscular y el aumento de grasa pueden ser normales en esta cultura, pero no son necesariamente naturales, y no tenemos por qué esperarlos. Están causados por la inactividad, acompañada por una mentalidad que espera que nos debilitemos a medida que envejecemos. Como hemos visto, el estado físico de los corredores tarahumara de sesenta años era mejor que el de los de veinte.

Por desgracia, nuestra «tribu» cree colectivamente que tenemos que desmororarnos cuando envejecemos. No disponemos de ninguna tradición respaldada culturalmente que nos enseñe que podemos mejorar con la edad. Aunque existen incontables excepciones a esta regla, seguimos engañadas en relación a lo que le ocurre a nuestro cuerpo con la edad.

Beneficios del ejercicio

Joanne Cannon, una educadora del bienestar, define la destreza física como «la capacidad de satisfacer las exigencias del día, y además una urgencia». Me gusta esa definición porque la encuentro muy individualizada. Sentirse fuerte y capaz es un ingrediente esencial para desarrollar salud. Los estudios demuestran que las mujeres que tienen una moderada actividad física disfrutan más de los siguientes beneficios que las sedentarias:[2]

- Menor riesgo de cáncer y mejor funcionamiento del sistema inmunitario (más glóbulos blancos y niveles más elevados de inmunoglobulinas).[3]
- Menor riesgo de cáncer de mama (se ha comprobado que las mujeres que hacen ejercicio por lo menos cuatro veces a la semana corren un riesgo mucho menor de cáncer de mama).[4]
- Un promedio de 7 años más de esperanza de vida.[5]
- Menos depresión y ansiedad y mayor eficiencia y velocidad mental (en algunos estudios se ha comprobado un mayor coeficiente intelectual relacionado con el ejercicio).[6]
- Más relajación, mayor seguridad en sí mismas, más espontaneidad y entusiasmo; mejor actitud hacia su cuerpo y una mayor autoaceptación.[7]
- Huesos más fuertes, de mayor densidad, aumento de la masa ósea y mayor capacidad de resistencia ósea a la presión mecánica y las fracturas.[8]
- Sueño más reparador.[9]
- Una mayor autoestima.[10]

Otro beneficio del ejercicio físico es que aumenta la sensibilidad a la insulina y por lo tanto puede prevenir la diabetes insulinodependiente.[11] Además, da energía. Si te sientes siempre cansada, podría deberse a que no te mueves lo suficiente. (Pero a veces se debe a que necesitas descansar. Eso tienes que verlo tú misma.) A las mujeres que sufren del síndrome premenstrual, el ejercicio suele aliviarles los síntomas.[12] Y las embarazadas que hacen ejercicio con moderación tienen menos estreñimiento, menos hemorroides, menos complicaciones con varices y menos náuseas matutinas.[13]

Incluso las mujeres discapacitadas o confinadas a una silla de ruedas, pueden beneficiarse de fortalecer la parte superior del cuerpo y mejorar su buena forma cardiovascular. Añadir ejercicio regular a cualquier régimen dietético aumenta su eficacia. Así pues, si estás siguiendo una dieta pobre *en* grasas, te será útil hacer también ejercicio. Eliminarás el exceso de grasa y te sentirás mejor más pronto que si no haces ejercicio.

Ejercicio e intuición

La mente impregna todo el cuerpo. Mover mi cuerpo rítmica y repetitivamente me sirve para conectar con mi intuición, y para poner a mi disposición más partes de mi mente, la mente que está en mis piernas, mi corazón y mis bíceps. Tengo la impresión de que hacer ejercicio es un proceso necesario para digerir totalmente mis pensamientos. Aumentar mi ritmo cardiaco pone en juego más de mí misma. Mi cuerpo despierta, y también mi mente. Durante mis ejercicios me surgen intuiciones espontáneamente.

Los estudios han demostrado que el movimiento repetitivo aumenta las ondas alfa del cerebro, y el estado alfa se relaciona con una mayor intuición. El ejercicio enérgico es el equilibrio perfecto para la actividad mental tan necesaria en la vida moderna.

La gente encara el ejercicio y la actividad física de maneras muy diferentes. Cada persona tiene un sentido innato de lo que le va bien a su cuerpo. Siendo la académica en una familia de «deportistas», he tenido que descubrir mi verdad acerca de lo que me va mejor a mí.[14] Tú también vas a tener que descubrir la tuya. Tu verdad no será necesariamente lo que cualquier autoridad externa te diga que es «la manera correcta de hacerlo». Además, distintos tipos de ejercicio funcionan mejor en las diferentes etapas de la vida de una persona. Algunas personas lo único que necesitan es hacer una caminata de 20 minutos tres veces a la semana. Para otras, lo mejor puede ser el ejercicio aeróbico, los ejercicios con pesas o el baile. Por encima de todo, el ejercicio y el movimiento del cuerpo han de ser algo agradable y placentero.

Formas de mover el cuerpo

Ejercicio aeróbico y ritmo cardiaco tope

En los años sesenta, el concepto de ejercicio aeróbico fue un descubrimiento revolucionario en la fisiología del ejercicio. Hacer ejercicio aeróbico mantiene en forma el corazón, los pulmones y todo el sistema cardiovascular. También quema el exceso de grasa. La actividad aeróbica es un tipo de ejercicio en el cual el ritmo cardiaco se eleva durante 15 a 20 minutos en lo que se llama «la zona tope».

Para calcular tu ritmo cardiaco tope:

1. Resta tu edad a la cifra 220.
2. A la cifra resultante réstale tu ritmo cardiaco (latidos por minuto) en reposo.
3. Multiplica esta cifra por tu «cociente de ejercicio». Este cociente es de 0,6 para un principiante y de 0,8 para un practicante avanzado.
4. Suma tu ritmo cardiaco en reposo a la cifra resultante del paso 3. El resultado indica tu ritmo cardiaco tope o máximo por minuto. Puedes dividirlo por 6 si quieres encontrarlo para un intervalo de 10 segundos.

Ejemplo: Tienes 32 años, tu ritmo cardiaco en reposo es de 60 pulsaciones por minuto y eres una principiante. Por lo tanto: 220 - 32 = 188; 188 - 60 = 128; 128 x 0,6 = 76,8; 76,8 + 60 = 136,8. Tu ritmo cardiaco tope o máximo es de 137 latidos por minuto, o 23 latidos en 10 segundos.

La mayoría de los expertos están de acuerdo en que 20 minutos de ejercicio de tipo aeróbico tres veces por semana es apropiado para la buena forma cardiovascular.

Replanteo del ritmo cardiaco tope y todo lo demás

John Douillard, director del programa «Atleta Invencible» en Boulder (Colorado), ha descubierto que el ritmo cardiaco tope y la mayoría de las otras «verdades de la buena forma física» no se aplican necesariamente a las personas que respiran plenamente por la nariz mientras hacen ejercicio y sintonizan de un modo consciente con lo que le gusta a su cuerpo. Cuando uno aprende a hacer esto, puede hacer fácilmente un ejercicio con un ritmo cardiaco y respiratorio mucho más lento y cómodo que el esperado. Esta percepción de Douillard ha revolucionado mi forma de considerar todos los deportes y ha aumentado inconmensurablemente mi disfrute de la actividad física.

Tómate un momento ahora mismo y haz tres respiraciones lentas y profundas por la boca. Cuando termines, espera un momento y luego haz tres respiraciones profundas y lentas por la nariz, haciendo entrar el aire hasta los lóbulos inferiores de los pulmones. Fíjate en qué tipo de respiración te hace entrar más aire en los pulmones. La respiración por la nariz gana de lejos, aunque al principio puede parecer más difícil. Los bebés normalmente respiran por la nariz, como también todos los animales (¿alguna vez has visto respirar por la boca a un caballo de carreras?). En realidad, respirar por la boca es señal de estrés. La respiración nasal favorece el equilibrio entre los sistemas parasimpático y simpático en el cuerpo, e induce un estado muy meditativo; estimula el equilibrio entre los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo. Cuando aprendas a hacer ejercicio respirando por la nariz, notarás mucho más eficientes tus pulmones y podrás conseguir un nivel de buena forma física mayor que nunca con mucho menos esfuerzo.

Joanne Arnold, ex campeona de culturismo, se ha entrenado muchísimo con Douillard y ha aplicado sus principios al ejercicio con pesas. La conocí en el gimnasio un día que se me acercó al ver que yo me estaba calentando con las posturas de yoga del Saludo al Sol (que aprendí en un libro de Douillard que las recomendaba para preparar el ritmo de la respiración para los ejercicios). Joanne dice que en todos los deportes tradicionales y los ejercicios para adquirir una buena forma física, el entrenador (o director) es la mente, y el atleta es el cuerpo. (Probablemente has experimentado esto en las clases de aeróbic.) En consecuencia, a la mayoría

se nos entrena para el ejercicio desintonizando nuestro cuerpo. (Este año mi hija está haciendo atletismo, y si acaba una carrera sintiéndose bien y llena de energía, el entrenador le dice que no se ha esforzado lo suficiente.) El dictamen es: «Limítate a hacerlo», ¡pero no lo sientas! En todos los gimnasios en que he estado veo pruebas de esto: la gente pone música fuerte o programas de televisión para evitar sentir la reacción de su cuerpo al ejercicio. Duele demasiado, y en lugar de sentir eso, es más fácil evitar totalmente el ejercicio, o bien hacerlo distrayéndose.

Pero una vez que comiences a respirar bien y a disfrutar del estado meditativo resultante, verás cómo sintonizas con la capacidad de tu cuerpo y la respetas más que nunca. Comprenderás claramente que el viejo refrán «sin sacrificio no hay beneficio» es fisiológicamente incorrecto. Y también descubrirás que el ejercicio, el deporte y cualquier otro tipo de actividad física se convierten en un modo muy personal de sintonizar y fortalecerse. Lo que antes era un trabajo se convierte en alegría. Ahora, en lugar de una marcha forzada al ritmo de otra persona, mi rato de ejercicio o deporte es simplemente entre yo y yo.

Considera también las consecuencias más amplias para nuestra vida. Respiramos 28.000 veces al día. Si nuestra respiración es superficial, inspirando por la boca y limitada principalmente a los lóbulos superiores de los pulmones, nuestro cuerpo recibe el mensaje de que estamos ante una emergencia: se acelera el ritmo cardiaco, y aumentan las substancias químicas asociadas con el estrés. La mayoría de las enfermedades están relacionadas con el estrés, y nosotras podemos elegir disminuirlo o aumentarlo cada vez que respiramos. Cuando aprendemos a respirar plenamente por la nariz, a airear la parte inferior de los pulmones y a expandir del todo la caja torácica, nuestro cuerpo se relaja y experimentamos una sensación de paz; y, paradójicamente, nuestro cuerpo también funciona de un modo mucho más eficiente. El solo hecho de respirar bien tiene la capacidad de curar la sinusitis, los resfriados crónicos e incluso el asma. Estoy convencida de que todos deberíamos adoptar este método de respirar, no sólo cuando hacemos ejercicio sino en nuestra vida cotidiana.

El ejercicio aeróbico con pesas

El ejercicio aeróbico combinado con las pesas es más eficaz que solo, porque el ejercicio con pesas aumenta la cantidad de masa muscular en relación a la cantidad de grasa y lo hace con mucha más eficacia que los ejercicios aeróbicos solos.[15] Esto se ha comprendido hace relativamente poco tiempo.

Los estudios demuestran que a medida que envejecemos generamos un promedio de 700 g de grasa al año; también perdemos 700 g de masa muscular cada año si no hacemos ejercicio con regularidad. La pérdida de masa muscular tiene por consecuencia el aumento de grasa. El ejercicio con pesas evita la pérdida de masa muscular que con tanta frecuencia acompaña al envejecimiento; el ejercicio aeróbico con pesas produce más aumento de masa muscular que el ejercicio aeróbico solo. También da forma a los músculos, lo que tiene por resultado una apariencia más sana. El aumento de fuerza muscular que acompaña al ejercicio con pesas es muy beneficioso para las mujeres, que con frecuencia tienen débil la parte superior del cuerpo. (Las mujeres mayores se fracturan las caderas no sólo debido a la Osteoporosis, sino también a causa de la debilidad de sus músculos y la pérdida de fuerza, que las hace más propensas a caerse.)

El ejercicio aeróbico combinado con las pesas hace perder más grasa y aumentar más la masa muscular que el ejercicio aeróbico solo. El motivo de que esto sea tan importante es que 450 gramos de músculo necesitan entre 30 y 50 calorías diarias sólo para continuar vivos. La misma cantidad de grasa necesita menos calorías para mantenerse. Las personas que tienen más masa muscular poseen una velocidad metabólica más alta. Ese es el motivo de que las mujeres obesas, que tienen mucha grasa corporal, suelan mantener su peso aunque coman relativamente poco; para cambiar la velocidad de su metabolismo, necesitan aumentar la actividad física. Una mayor actividad física produce un cambio en el «punto constante», ese punto en el cual el peso corporal continúa igual cuando comemos libremente según nuestro apetito.

Es bien sabido que el contenido mineral de los huesos puede aumentar con la actividad física.[16] Aplicar «vectores verticales de fuerza» sobre los huesos mediante ejercicios como caminar, trotar, ir en bicicleta, levantar pesas o subir escaleras induce una pequeña corriente eléctrica en el hueso, llamada «efecto piezoeléctrico». De hecho, esta corriente atrae el calcio y otros minerales que necesitamos para la densidad y la fuerza óseas. La doctora Miriam Nelson ha sido capaz de demostrar un importante aumento de densidad ósea en mujeres posmenopáusicas que hacían sesiones de 40 minutos de ejercicio con pesas dos veces a la semana. Ninguna de estas mujeres seguía una terapia sustitutiva de estrógeno. Un fabuloso efecto secundario de este programa de ejercicios fue que a medida que a las mujeres les aumentaba la confianza en sí mismas y la fuerza, también se sentían más capacitadas en el mundo y tendían a salir más y participar en la vida.[17]

Las artes marciales

Los ejercicios de las artes marciales como el aikido o el tai chi combinan muy conscientemente el cuerpo, la mente y el espíritu. En estudios realizados con personas que practican tai chi con regularidad, por ejemplo, se ha comprobado que el tai chi les modifica el funcionamiento biológico a través de sus sistemas nervioso y hormonal. Se ha demostrado que el tai chi es eficaz para el tratamiento de las enfermedades cardiacas, la hipertensión, el insomnio, el asma y la Osteoporosis, y reduce o alivia la depresión, la tensión, la rabia, el cansancio, la confusión y la ansiedad.[18] En un estudio más reciente realizado sobre 200 personas mayores de 70 años, se observó que el tai chi les disminuía las caídas, un factor importante en la fractura de caderas.[19]

Cuando estaba en el instituto, llegué a ser cinturón verde en jiujitsu. Aunque no es una categoría elevada, para ganar ese cinturón tuve que contender con dos chicos enormes de Cleveland Heights. Desde entonces, sé que tengo la fuerza y la voluntad necesarias para luchar con alguien en defensa propia en caso de necesidad. Estudios realizados con violadores demuestran que tienden a ir detrás de las mujeres de apariencia más vulnerable. La seguridad y la confianza en una misma, y la consiguiente postura confiada y segura, que nace de saber que se es capaz de luchar para defenderse, se transmite en el campo energético circundante y es una manera de reducir las posibilidades de ser violada. Las artes marciales pueden también servirnos para descubrir nuestra voz.[20]

Métodos corporales suaves

Con el paso del tiempo, los efectos de la gravedad y de «andar encorvadas» bajo las presiones y tensiones de la vida literalmente nos «desgastan». Se nos deterioran los músculos y nos desalineamos, a no ser que tomemos conciencia de ello y hagamos algo para contrarrestarlo. El yoga, los métodos de trabajo corporal Feldenkrais y Alexander y otras técnicas suaves de realineación del cuerpo son formas maravillosas de relajar, estirar y estimular los músculos y órganos internos. También mantienen el cuerpo bien alineado respecto a la gravedad, y la columna y las articulaciones flexibles. Recomiendo a todo el mundo aprender la serie de ejercicios de yoga llamada Saludo al Sol, y practicar diariamente esas posturas; estiran y ejercitan los principales grupos de músculos y sólo ocupan unos cinco minutos de tiempo.

Ejercicio y adicción

Prácticamente todo se puede hacer de forma adictiva, y el ejercicio no es una excepción. La llamada a usar la actividad física como una forma de desconectarnos de y vencer a la naturaleza (y nuestros sentimientos) satura nuestra cultura. Por ejemplo, el anuncio de una conocida marca de zapatillas para correr reza: *Los árboles deberán agacharse y las piedras encogerse de miedo. Todo lo que es blando y lento deberá enterarse de lo que es duro. Hemos venido a las montañas porque ellas no vienen a nosotros. Y luego las movemos.*

Algunas personas han tenido que hacerse un tratamiento de rehabilitación de la adicción a correr. Cuando utilizamos el ejercicio para escapar del estrés de la vida, eso no se diferencia en nada del uso adictivo del Valium. (Es posible que al principio sea una opción más sana, pero no deja de ser una adicción.)

La actitud de nuestra sociedad hacia el ejercicio como remedio queda ilustrado a la perfección en un artículo aparecido en la revista *Longevity* de mayo de 1991 (justo antes de la temporada de los «trajes de baño»). El artículo se titulaba «Las soluciones más rápidas: Dieta de urgencia. Estrategias de 8 cuerpos famosos para estar en forma».[21] En el margen superior izquierdo decía: «Faltan 30 días para el verano». (Esto sirve para «engancharnos» a la modalidad de intervención de urgencia para el «control de la celulitis».)

Hablaba de las celebridades y sus rutinas casi imposibles. Cuando leí ese artículo no podía dar crédito a lo que estaba leyendo. ¿Cuántas mujeres tenemos entrenadores personales o el tiempo necesario para hacer ejercicio aunque sea una hora diaria? Es ridículo presentar esa información sobre mujeres célebres a simples mortales y esperar que nos pongamos a su nivel. Para las mujeres célebres, tener un cuerpo perfecto forma parte de su profesión. No lo hacen además de criar una familia y realizar otro trabajo. No hace falta ser un terapeuta especializado en la drogadicción o el alcoholismo para darse cuenta del lenguaje y el proceso de adicción que hay en ese artículo y otros cientos por el estilo. Las mujeres célebres caen presas de las mismas tendencias adictivas del resto de la cultura. «Simplemente lo hago más vigoroso», contesta una de ellas en el artículo cuando le preguntan qué tipo de ejercicio hace cuando quiere quitarse rápidamente unos pocos kilos.

Por desgracia, muchas mujeres hacen ejercicio a modo de solución para escapar del estrés o para mantener bajo el peso. Si bien el ejercicio logra esos dos objetivos, jamás vamos a establecer una relación sana con él ni con nuestro cuerpo si lo hacemos estrictamente con el fin de controlar el estrés y/o el peso.

Ejercicio, amenorrea y pérdida de masa ósea

Los estudios han demostrado una y otra vez que las atletas a las que se les han detenido los ciclos menstruales sufren de pérdida prematura de masa ósea.[22] Antes yo creía que estos informes se usaban para asustar a las mujeres y disuadirlas de usar su cuerpo con la misma plenitud y potencia que los hombres. (Tener un bebé requiere usar el cuerpo con tanta plenitud y potencia como cualquier prueba atlética que pueda imaginarme.)

Estudios de seguimiento han demostrado que el motivo de que muchas atletas dejen de tener la menstruación es el mismo que impulsa a muchas mujeres a seguir dietas rigurosas o a la anorexia: no comen lo suficiente y disminuye mucho su grasa corporal total. Esto es causa de faltas de menstruaciones (amenorrea) y Osteoporosis prematura.[23] En un estudio se comprobó que cuando las mujeres que tenían amenorrea por causa del ejercicio aumentaban 500-700 calorías a su dieta diaria, les volvían los periodos menstruales. (Muchas corredoras de competición no quieren hacer esto.)

Joanne Arnold, de quien he hablado antes, me contó que las competidoras de culturismo femenino, en realidad desean que se les interrumpa la menstruación, y consideran eso una señal de entrenamiento correcto. Las corredoras de competición me han dicho lo mismo. ¡Un apagón hormonal de esta naturaleza es en realidad un objetivo del ejercicio! Ciertamente eso es una señal de comportamiento adictivo. No es de extrañar que la toma de drogas en forma de esteroides anabolizantes sea la norma y no la excepción en las competiciones de alto nivel. Joanne Arnold me dijo que en el culturismo se aplican las mismas normas culturales que en cualquier otra cosa: le dijeron que tendría más posibilidades de ganar si se teñía el pelo de rubio y se hacía implantes de mama. El ideal del culturismo, dijo, es «una muñeca Barbie con músculos».

Un estudio realizado por la doctora Nancy Lane indica que las corredoras de maratón que hacen ejercicio hasta el punto de enfermar de amenorrea tienen una densidad ósea comparable a la de mujeres de 50 años. No hay un momento definido en el cual correr puede comenzar a tener efectos nocivos en el cuerpo femenino, aunque al parecer en las corredoras de competición comienza alrededor de los 80 kilómetros de entrenamiento a la semana.

No todas las mujeres están en peligro de que se detenga su ciclo menstrual a causa de una cantidad extrema de ejercicio. En el estudio de la doctora Lane, la amenorrea por exceso de ejercicio era principalmente un problema de mujeres jóvenes sin hijos. Después que ha tenido hijos, la mujer es menos propensa a tener este problema, porque por lo visto tener hijos hace más difícil suprimir su sistema hormonal por ejercicio extremo. El ciclo menstrual se vuelve más difícil de desconectar. Por eso las corredoras mayores de 30 y 40 años que han tenido hijos rara vez sufren de amenorrea.[24] Yo creo que hay otro motivo más para que las mujeres que han tenido hijos corran menos riesgo de amenorrea inducida por el ejercicio: tienen menos tendencia a mantener una competitividad implacable, y eso está relacionado con un cambio en la química corporal. Tener un hijo suele cambiar a la mujer de modo muy fundamental en los aspectos emocional, psíquico, físico y espiritual.

Otro motivo más de que esas mujeres sufran de amenorrea es que, como han demostrado los estudios, la delgadez combinada con la inquietud permanente de engordar está relacionada con una alteración de los ciclos menstruales.[25] Las atletas están tan influidas como las demás mujeres por el deseo cultural de ser delgadas. Por esa razón, su consumo calórico suele ser más bajo que el que se necesita para el grado de actividad en el que participan. Los trastornos de la alimentación son tan comunes entre las atletas como en las que no lo son, pero las atletas a veces utilizan el entrenamiento como una forma de controlar el peso. Hacen mucho ejercicio y después no comen. Eso no se diferencia en nada de otras formas de anorexia.

Dado que la reanudación de las reglas puede llevar un tiempo, suele ser útil la terapia con progesterona para restablecer la masa ósea. Una vez que se reanudan los periodos ovulatorios, la densidad mineral ósea también comienza a mejorar.[26]

Mi historia de ejercicios: Hacer las paces

Como ya he dicho, me crié en un ambiente lleno de actividad y ejercicio físico. La mayor parte se hacía al aire libre y eran ejercicios vigorosos, como jogging y esquí. Incluso el día de Navidad, con gran fastidio para mí, mis padres y hermanos salían corriendo a patear las colinas. Aunque mi madre hacía yoga y aprendí las posturas elementales cuando estaba en el octavo curso, eso no se hacía como una meditación interior prestando atención a la respiración; era una festiva competición para ver quién era capaz de lograr que su cuerpo hiciera las posturas. Nos gustaban particularmente las posturas sobre la cabeza, que parecen impresionantes.

Mi hermana consideraba un método «mariquita» cualquier estiramiento o tonificación muscular de tipo meditativo. Cuando no estaba participando en carreras, corría por la colina de atrás con palos de esquí entrenándose en terreno seco. Todas las vacaciones familiares eran salir de campamento o hacer excursiones,

y la mayor parte de las excursiones tenían la tónica de «carrera a la cima»; yo ni siquiera simulaba que me interesaba. Disfrutaba de estar en la naturaleza, pero no como un acontecimiento competitivo.

Mi hermana esquiadora ahora hace yoga y tai chi con regularidad, y presta atención a su respiración y sus sentimientos más profundos. Después de años de ejercicios enérgicos y múltiples lesiones, ahora ya no puede ver un aparato Nautilus. A mí, por mi parte, actualmente me interesa el ejercicio aeróbico con pesas, aunque regularmente cambio mi programa de ejercicios según cómo me siento. Nuestros caminos se han cruzado ahora que las dos tenemos un enfoque equilibrado de la actividad física.

Durante mis años en la facultad y mis prácticas como residente, hacía 20 a 30 minutos de jogging tres o cuatro veces a la semana, y un poco de yoga para equilibrar. Lamentablemente, en ese tiempo yo iba en busca de la esquiva «euforia del corredor». Cuando pienso en esos años, lo que más recuerdo es lo maravilloso que era estar a la luz del sol y respirar el aire fresco después de todas esas horas encerrada en un hospital. Por ese motivo esperaba con ilusión mis momentos de correr, pero también deseaba ganar mis 30 puntos aeróbicos de la semana. Para lograrlo, continuaba corriendo en el mismo lugar ante los semáforos en rojo. Ojalá hubiera tenido más conciencia del aire y la luz, y menos de la distancia que hacía y lo acelerado que tenía el pulso. En ese tiempo no sabía que es mejor correr para disfrutar del proceso mismo. Lo hacía para obtener algo, no para disfrutar (clásico comportamiento adictivo).

Durante mis embarazos hacía yoga prenatal. Como muchas mujeres embarazadas, descubrí que hacer jogging entonces era simplemente horrible. Jamás he vuelto a hacerlo. Después de que nacieron mis hijas y mientras eran pequeñas (menos de cuatro años), de vez en cuando salía a caminar, y eso fue lo único que hice durante unos años. (No recuerdo mucho de esos años, es como un borrón de pañales y cansancio.) Cuando llegaba a casa después del trabajo, no lograba decidirme a salir al aire libre a hacer ejercicio. Me parecía que las niñas necesitaban demasiado mi atención. Aprender a equilibrar mis necesidades con las de ellas me llevó un tiempo. Sólo serían pequeñas una vez, y mis instintos me decían que era importantísimo estar con ellas todo lo que pudiera.

Cuando las niñas crecieron, me compré un andador NordicTrack y lo instalé delante del televisor. Allí hacía unos 20 minutos tres veces a la semana mientras veía un programa de variedades o escuchaba música. Durante los primeros meses mis hijas lloraban, se quejaban y no paraban de pedirme algo: agua, que les atara los cordones de los zapatos o cualquier cosa que centrara completamente mi atención en ellas. Decirles que podían pintar o jugar en la misma habitación conmigo y que no las iba a dejar solas dio resultado. Las niñas entendieron. Cuando tenía claras mis necesidades, sin sentirme culpable, incluso ellas colaboraban durante ratos cortos. También les prometía que cuando acabara mi ejercicio jugaría con ellas o les daría la atención que necesitaban. Eso funcionó bien durante unos cuantos años. Ahora hago ejercicios con pesas tres o cuatro veces por semana, y hago una caminata o practico durante 20 o 30 minutos con el andador los otros días. Como ya he dicho, al haber incorporado el enfoque de Douillard de la respiración y la toma de conciencia, el ejercicio ha adquirido un significado completamente nuevo para mí.

Es necesario renovar totalmente nuestro enfoque de la buena forma física y los deportes si nuestro objetivo es estar en forma toda la vida. Debemos añadir a los programas de educación física de todas las escuelas esos deportes o actividades individuales de los que los adolescentes disfrutan hasta mucho después de haber acabado la escuela. Y es necesario enseñarles a sintonizar con la sabiduría interior de su cuerpo (Douillard ha documentado lo eficaz que ha sido esto en las escuelas donde se ha enseñado). Si bien en la enseñanza secundaria suele haber la opción de practicar el tenis, el yoga, el baile y las artes marciales, me gustaría verlos también en las escuelas de enseñanza primaria.

La puesta en marcha

PASO 1: ELEGIR UN PROGRAMA DE EJERCICIOS. Es tan sano desechar el concepto «cantidad ideal» de ejercicio como desechar el concepto «peso ideal». Cuando me preguntan qué programa de ejercicios es el mejor, contesto: «El que haces ahora». Las mujeres pueden encontrar alegría y buena forma participando en una amplia variedad de actividades, desde el yoga, el tai chi y el baile hasta los cursos de Outward Bound.

Prueba esto: Recuerda un momento de tu infancia en el que estuvieras jugando al aire libre: saltando a la comba, corriendo, brincando o lanzando una pelota por simple diversión; o tal vez bailando, girando y girando hasta caer al suelo mareada. Juega mentalmente con este recuerdo durante un rato y siente cómo era; percibe el olor que tenía esa actividad; siente el sol o el viento en la cara; siente lo agradable que era mover el cuerpo con alegría y energía, estirándolo en toda su capacidad.

Cuando estés preparada, vuelve al momento presente. Comienza a mover el cuerpo tal como lo movías entonces. Observa qué sientes ahora. Manténte dentro de tu cuerpo. Disfrútalo, valóralo, experimenta moviéndolo. ¿Te viene a la mente algún tipo de movimiento que era francamente agradable? ¿Cuál? ¿Cómo podrías incorporar eso a tu vida ahora?

PASO 2: COMPROMETERSE A MOVER EL CUERPO. Comprométete a mover el cuerpo de alguna manera tres veces a las semana durante 20 o 30 minutos. Combinar el ejercicio con una dieta sana es una fórmula ideal para bajar de peso y aumentar la energía.

Organiza las cosas para que hacer ejercicio te resulte lo más sencillo posible. Para mí, eso significa tener siempre el andador NordicTrack instalado en la sala familiar y las pesas ordenadas en el suelo; no tengo que hacer ninguna preparación complicada: la casa es para vivir, no para estar perfecta por si vienen visitas. Cuando tenemos invitados quitamos el NordicTrack y después volvemos a sacarlo. A veces voy a un gimnasio, sobre todo cuando estoy de viaje. La mayor parte del tiempo me gusta hacer el ejercicio en casa.

Comprométete a hacer un programa de ejercicios durante un mes. En ese tiempo, es probable que tu cuerpo espere con ilusión la hora del ejercicio.

Si lo dejas por un tiempo, hazte saber que lo vas a reanudar cuando puedas. No gastes ni un minuto en reprenderte.

PASO 3: APRENDER A RESPIRAR POR LA NARIZ. Ve lentamente. Aprende las posturas del Saludo al Sol y hazlas para aprender a acompasar la respiración. (Las instrucciones completas están en el libro de John Douillard *Body, Mind, and Sport.* También se pueden encontrar estas posturas en muchos libros o vídeos de yoga.) No te esfuerces más allá del grado en que puedes mantener cómodamente la respiración uniforme por la nariz. (Si ya haces ejercicio con regularidad, probablemente te llevará tres semanas o más recuperar tu nivel anterior respirando correctamente. Tómate tu tiempo. Una vez que hayas entrenado el cuerpo para usar de un modo eficiente el oxígeno, verás que pronto correrás más distancia, o caminarás más rápido, con menos esfuerzo del que jamás hubieras soñado.)

PASO 4: ESTAR ALERTA AL AUTOSABOTAJE. Una de las causas más comunes de que las mujeres dejen de hacer ejercicio es que hacen demasiado, demasiado pronto (comportamiento adictivo). Después de tres años de estar en mala forma, juran que van a correr 5 kilómetros diarios durante una semana para ponerse en forma con rapidez. Un método mucho mejor es hacer diariamente menos de lo que se es capaz, al menos durante un tiempo. Esto envía al cuerpo el mensaje de que puede confiar en que cuidamos de él y no lo forzamos hasta el agotamiento. El cuerpo capta la idea de que el ejercicio es agradable, divertido. A los perros les encanta salir a hacer sus caminatas; nosotros tendríamos el mismo entusiasmo si siguiéramos nuestros instintos como hacen los animales.

Por otro lado, si nunca te esfuerzas y siempre haces menos de lo que se espera o necesita, tal vez te conviene darte un empujoncito. Es agradable saber que el cuerpo es capaz de hacer un esfuerzo prolongado cuando es necesario. No hagas jamás ejercicio como una manera de golpear al cuerpo para que se someta ni de castigarlo si no tiene una apariencia perfecta. (Anne Wilson Schaef dice que cree que la adicción a maltratarse a uno mismo es probablemente la más corriente en nuestra cultura, y yo estoy de acuerdo.)

Guárdate de hacer ejercicio como una manera de escapar de tus sentimientos o reducir el estrés. Aunque el ejercicio puede desahogar, si lo haces principalmente con esa finalidad se te puede convertir en un «remedio» cada vez que te sientes estresada. Vas a hacer ejercicio para «medicar» tu dolor emocional. Es mucho mejor tratar la causa del estrés que hacer ejercicio como remedio.

Si detestas tu programa de ejercicios y tienes que manipularte u obligarte a hacerlo, simplemente vas a crearte resistencia en algún plano. Finalmente lo dejarás o te las arreglarás para lesionarte, o lo convertirás en una autoridad controladora externa y te sabotearás a ti misma para dejar de hacerlo.

PASO CINCO: DISFRUTAR. Una de mis pacientes, profesora de arte de unos cuarenta años, comenzó a ir a un gimnasio para levantar pesas. Se lo está pasando muy bien subiendo y bajando hierros. Vive sola, ya que se acaba de divorciar, y su fortalecimiento muscular refleja el fortalecimiento que está logrando en otros aspectos de su vida también. Se ve y se siente estupendamente bien, y poderosa. El ejercicio libera en el organismo unas substancias naturales llamadas endorfinas, que están emparentadas con la morfina y los demás opiáceos. Por este motivo, produce de un modo natural una sensación de bienestar.

Dale una oportunidad a la actividad física. Si, como dice David Spangler: «Nuestro cuerpo crea nuestra alma, así como nuestra alma crea nuestro cuerpo», ¡tal vez a tu alma le iría bien un mejor par de bíceps!

19
Sanarnos, sanar a nuestro mundo

Cuando saquéis fuera lo que tenéis dentro
lo que saquéis fuera os salvará.
Si no sacáis fuera lo que tenéis dentro
lo que no saquéis fuera os destruirá.

JESÚS, en ***El Evangelio según Tomás***

Todas hemos de reconocer nuestro legado cultural femenino y dar testimonio de él si queremos sanar. En nuestro cuerpo llevamos no sólo nuestro propio dolor, sino también, aunque sin saberlo, el de nuestras madres y abuelas. El odio a su cuerpo es muy profundo en muchas mujeres, tiene una profundidad de generaciones. La mayoría tuvimos madres que fueron educadas para desconfiar de su cuerpo y sus procesos corporales. Así fueron educadas sus madres, abuelas y bisabuelas antes que ellas.

De vez en cuando tengo una experiencia muy intensa de entrar en un lugar dentro de mí misma al que llamo «el dolor de las mujeres». La primera vez que me ocurrió fue en una sesión intensiva con Anne Wilson Schaef; sentí que mi conciencia retrocedía en el tiempo a medida que se desprendían capas y más capas, siglos y más siglos de negación. Mi entrada en ese proceso ocurrió cuando Anne me dijo: «Estás muy cansada», y me sugirió que me tumbara sobre una estera para ver «qué surgía». Que una mujer, una mentora, reconociera mi cansancio en lugar de exigirme más sacrificio fue una de las experiencias más profundas de mi vida. Al principio, cuando ella se sentó a mi lado y me dijo que permaneciera conmigo misma, sentí la fuerza con que mi cuerpo se resistía a sentir lo que estaba sintiendo. Experimenté lo buena que era para tragarme las lágrimas y continuar haciendo lo que fuera que tuviera que hacer. Pero finalmente, cuando Anne me sugirió que me limitara a estar conmigo misma, sentí cómo mi conciencia retrocedía en el tiempo pasando por todas las épocas en las que no descansaba jamás: cuando tuve a mis hijas, durante mis prácticas como residente, en la facultad, durante los estudios preuniversitarios y en el instituto. Continuó retrocediendo hasta llegar a mi infancia. «No pidas una carga más liviana, sino una espalda más fuerte», oí decir a mi madre. Entonces lloré por mí y por esa parte mía que tanto necesitaba descansar. Cuando lloré todas las lágrimas que jamás había derramado por mí, comencé a llorar por mi madre, por todas las veces que no se le había permitido sentir ni descansar, por todas las veces que pasó toda la noche en pie cuidando a un hijo enfermo, por la infinita aflicción de perder a dos hijos.

Y cuando acabó esa parte, sentí el dolor de mi abuela, criada por su hermana de doce años porque su madre murió de parto. Cuando acabé eso, continué retrocediendo más aún, hasta seguir llorando por todas las mujeres, por todo el dolor, por todos los partos no asistidos, por todas las injusticias, durante tantos miles de años. Lo que comenzó siendo algo muy personal se convirtió en universal: no era mi dolor, sino el dolor.

Cuando esto acabó, muchas horas después, sabía exactamente por qué estaba en la Tierra y cuál era mi misión: trabajar por la sanación de ese dolor colectivo. En un relámpago supe que no había ningún error, que estaba destinada a convertirme en tocóloga y ginecóloga, y que ningún otro camino me habría servido tan bien. Supe por qué, hacía muchos años, lloré en la Facultad de Medicina la primera vez que vi el nacimiento de un bebé: había entrado en el campo de la experiencia femenina, con todo el dolor y el miedo que conlleva. Ver el parto me produjo emociones para las cuales no tenía palabras en ese tiempo, en 1973. Entonces sólo supe que ese parto me había conmovido de tal manera que para mí no había ningún otro campo en la medicina aparte del cuidado a las mujeres. Pero entonces me tragué esas emociones, en lugar de experimentarlas plenamente, igual que hacía en tantas otras ocasiones.

Dos días después de esta experiencia me vino la regla; eso me confirmó que nuestro material más profundo suele aflorar a la conciencia antes de la menstruación, la fase en que el velo entre los mundos es más tenue.

Una semana después, le conté a mi madre, por teléfono, mi experiencia de este profundo proceso. Cuando acabé, ella estuvo callada un buen rato. Finalmente me dijo: «Abusaron sexualmente de mí. Recuerdo

la habitación, recuerdo el olor de su pipa. Lo veo como si estuviera ocurriendo en este momento. Fue Bill, el hombre a quien mi madre le alquilaba una habitación de la casa. Me dijo que nunca se lo dijera a nadie. Me sentí sucia. Tenía ocho años».

A sus 63 años, mi madre nunca había recordado antes de ese momento esa parte de su historia. De alguna manera yo había accedido a la memoria familiar con mi proceso, y el contenido le fue más accesible a ella también. Un mes antes de eso, mi madre había estado teniendo un sueño recurrente en el que tenía horribles erupciones en el cuerpo, y despertaba aterrada. En ese momento se dio cuenta de que esos sueños estaban relacionados con ese abuso durante tanto tiempo suprimido; las erupciones en la piel eran símbolos del material que estaba a punto de aflorar a la conciencia, que se hallaba justo bajo la superficie, un material feo, horroroso.

Mi madre estaba sola en su cabaña cuando la llamé y recordó el abuso. Le pregunté si estaría bien después de que colgáramos. Me dijo que sí, pero que me llamaría si necesitaba ayuda. Le recomendé que estuviera dispuesta a permanecer con «lo que no era aceptable». Ella oró pidiendo orientación y se permitió experimentar los horribles sentimientos que afloraron con el recuerdo del abuso sexual. Después se fue a la cama. Era una cálida noche de otoño y tenía abierta la ventana de la buhardilla. Después me contó que entraron tres luces azules por la ventana, seguidas por una gran esfera brillante de luz blanca. Lo siguiente que recuerda es que ya era de mañana. Despertó con una profunda sensación de paz, sabiendo que había tenido una experiencia de la gracia.

Nuestra madre, nuestras células

Nuestros recuerdos están almacenados en nuestro cuerpo. Después de una biopsia uterina afloran recuerdos de incesto, y después de una operación pélvica surge tristeza; todo esto tiene un motivo. Llevamos nuestra historia personal en los tejidos que nuestra conciencia va creando; allí queda, como un banco de datos hasta que la transformamos. Pero llevamos mucho más que lo puramente personal. En cierto modo llevamos a todos y a todo, lo colectivo; todo está dentro y alrededor de nuestras células.

Se sabe que el ADN mitocondrial, es decir, el ADN que lleva a cabo las actividades diarias del citoplasma de la célula, se hereda exclusivamente por la línea materna. Toda la raza humana puede remontarse a un grupo de mujeres de África.[1] Este hecho da validez científica a mis experiencias y a las de mis pacientes que han entrado en dominios de la experiencia que no calzan con el pensamiento lógico. A veces los síntomas corporales son la puerta de entrada no sólo a nuestro dolor individual, sino también al dolor colectivo.

Un antiguo dicho sufí capta la esencia de lo que esto significa y de lo que cada una de nosotras debe hacer con ello:

> Supera cualquier amargura que pueda venirte debido a que no estuviste a la altura de la magnitud del dolor que se te confió.
>
> A semejanza de la madre del mundo, que lleva el dolor del mundo en su corazón, cada uno de nosotros, que formamos parte de su corazón, acarrea en sí mismo cierta medida del dolor cósmico. Tú participas de la totalidad de ese dolor.
>
> Estás llamado a recibirlo con alegría, no con autocompasión. El secreto es ofrecer tu corazón como un vehículo para transformar en alegría el sufrimiento cósmico.

Stephen Levine me ha enseñado que el trabajo que hacemos para dejar marchar el sufrimiento disminuye el sufrimiento de todo el Universo. Cuando tenemos espacio para nuestro dolor, tenemos espacio para el dolor de los demás y en realidad ayudamos a «llevar» el sufrimiento de los demás. Sólo entonces el dolor puede transformarse en alegría.

Rito de recuperación

Hace varios años, Brenda, mi amiga íntima de la infancia, decidió quitarse el DIU para quedarse embarazada. Desde hacía 18 años llevaba estos dispositivos anticonceptivos sin ningún problema, pero a sus 40 años conoció a un hombre con el que quería compartir su vida y tener hijos. Puesto que esa decisión era un punto decisivo importante en su vida, quería compartirlo con una amiga, y por lo tanto me pidió a mí que se lo quitara durante una de sus visitas a Maine.

Decidimos hacer una sencilla ceremonia antes de la intervención, para poner intención y conciencia en el proceso de quitar el DIU e invitar a entrar a un hijo. Así pues, una gloriosa mañana de otoño, con los

árboles resplandecientes de color, fuimos a Women to Women, hicimos un círculo con telas sobre la alfombra de mi consulta, cogimos una maceta de geranios de una oficina y reunimos algunas conchas para colocar dentro de nuestro círculo; llenamos una concha con agua y encendimos algunas velas. Después, sentadas fuera del círculo, dimos las gracias a las fuerzas de la naturaleza, a Dios y a los misterios de la vida y los invitamos a estar presentes con nosotras.

Llamamos por teléfono al novio de Brenda (en esos momentos estaba en su trabajo en otro estado). Les pedí que hablaran sobre sus miedos y esperanzas con respecto al hecho de tener un hijo, y eso hicieron. El novio ya había tenido un hijo hacía muchos años, pero estaba deseoso de tener la oportunidad de participar plenamente en el proceso. Su apoyo y su amor por Brenda quedaron muy claros y evidentes cuando hablaba; no tenía la menor duda de su deseo de experimentar conscientemente la paternidad. Su compromiso de apoyarla era fuerte y estimulante. Su relación parecía ser la encarnación misma de lo masculino en su mejor aspecto cuando apoya plenamente a lo femenino.

La propia Brenda, aunque deseosa de tener un bebé, expresó su mayor preocupación al respecto: no saber dar a luz. A pesar de su temor, estaba dispuesta a quitarse el DIU. Se despidió de su novio, prometiéndole llamarlo tan pronto como hubiera acabado la intervención.

Entonces entramos en la sala de examen y le inyecté un poco de anestesia local en el cuello del útero. Cuando se sintió preparada, le pedí que tosiera mientras yo tiraba del DIU (toser mientras se introduce o saca algo por el cuello del útero suele interferir en las vías del dolor y hacer así más fácil y menos molesta o dolorosa la operación).

Le expliqué que tendría una sensación visceral del útero cuando le sacara el DIU y que ese sería un buen momento para que sintonizara con la información almacenada allí. Le dije que el cuerpo almacena recuerdos y que estos a veces salen a la superficie durante una operación en la consulta, por ejemplo una biopsia del endometrio o la extracción de un DIU. Le expliqué que después de la intervención yo dedicaría algún tiempo a «restablecerle el campo energético» colocándole las manos sobre el útero. Lo único que tenía que hacer ella era prestar atención a cualquier pensamiento o sentimiento que surgiera.

El DIU salió sin ninguna dificultad. Después le quité los talones de los estribos, la dejé allí tendida y le pasé varias veces las manos desde la cabeza a los pies, con el toque terapéutico. Cuando acabé, le coloqué las manos sobre la parte baja del abdomen. Ella comenzó a llorar y reír al mismo tiempo mientras su cuerpo liberaba la tensión y la carga emocional ligada a este tipo de operación. La animé a hacer lo que fuera que se sintiera movida a hacer. Y le recordé que sencillamente permaneciera con lo que surgiera.

Después de unos cuantos sollozos, cerró los ojos y comenzó a reírse. Me explicó que estaba en un bosque en el que entraba luz por en medio de elevados árboles. Ella era joven, demasiado joven. Entonces volvió a asustarse. En ese momento yo no sabía qué estaba pasando exactamente, pero continué con las manos puestas sobre su abdomen. Me dijo que era agradable sentir mis manos y que quería que las mantuviera allí.

Continuó contándome su experiencia. Era una chica sola en el bosque. Estaba embarazada y no tenía a nadie que la ayudara y la apoyara. De pronto su cuerpo comenzó a experimentar algo parecido a la labor del parto. Repetía una y otra vez: «Es demasiado pronto, no sé hacer esto». Comenzó a tener contracciones y después a pujar (he acompañado a suficientes mujeres durante la labor del parto como para saber lo que ocurre en el cuerpo de una parturienta). Pasados unos diez minutos, se miró hacia abajo y vio a un bebé nacido muerto del tamaño de 30 semanas, según como lo describió. Y me preguntó: «¿Qué es esa cuerda blanca que me entra en la vagina?». Lo que describía era el cordón umbilical. Le dije lo que era y le expliqué que tendría que expulsar la placenta. Entonces su cuerpo hizo otras contracciones y los movimientos de expulsar una placenta. Brenda jamás había visto un bebé prematuro de 30 semanas, ni una placenta ni un cordón umbilical blanco translúcido, pero los describió perfectamente, aunque con la curiosidad de una chica que no sabía qué le estaba ocurriendo, no de una mujer de mundo de 40 años.

En ese momento, una vez finalizado el parto, comenzó a reírse y a cantar: «Ua-nan-ta, ua-nan-ta». Parecía un idioma indio norteamericano. En esos momentos dijo: «Conozco ese idioma». Ojalá hubiera tenido allí un magnetófono; podríamos haber descubierto qué idioma era.

Continuamos en la sala de examen un rato más mientras ella volvía al siglo XX y estiraba las piernas. Las dos estábamos sorprendidas por lo que acababa de suceder. Le recordé que en realidad su cuerpo sí sabía dar a luz, acababa de pasar por ello, aunque no en un plano al que pudiéramos llamar convencionalmente físico. Sin embargo, su cuerpo ya «sabía» o «recordaba» cómo eran la labor del parto y el parto, y su temor al proceso desapareció. Volvimos a mi consulta, cantamos una nana y apagamos las velas. Cuando se sintió preparada, llamó a su novio y le contó la experiencia.

Brenda había entrado en el inconsciente colectivo, había logrado acceder a cierto antiquísimo recuerdo que todavía vivía en sus células. Fue una experiencia extraordinaria. Creo que al quitarle el DIU y permitir

que se desplegara su proceso, logramos sanar algo profundo, en un plano que nos es accesible a todas, pero que rara vez nos permitimos tocar.

Martha, de la que hablé en el capítulo 2, hizo lo mismo cuando tuvo esos dolores de estómago. *Nuestro cuerpo contiene información que supera la capacidad intelectual de nuestra mente para entender. Somos mucho más de lo que creemos que somos.*

Superar el miedo a nuestro pasado chamánico

En la Edad Media quemaron a nueve millones de mujeres por brujería. Esta locura con las brujas, alimentada por la Iglesia Católica, duró cien años y ha sido bien documentada.[2] No es infrecuente que mujeres que están recuperando su poder o expresando sus verdades personales tengan terribles pesadillas en las que son quemadas. Esto lo he oído innumerables veces en mi trabajo. Esa parte de nuestra historia ha estado suprimida durante siglos, pero ahora está aflorando a nuestra conciencia para ser limpiada y transformada, de modo que las energías femenina y masculina puedan formar una verdadera unión dentro de cada cual y los hombres y mujeres podamos crear juntamente como iguales. Cuando escribí sobre el miedo a nuestro pasado en la primera edición de este libro, no tenía idea de con qué potencia lo llevaba yo también. Después de publicado el libro, las pesadillas que tuve cada noche durante una semana, en las que me asesinaban, me hicieron ver lo proféticas que habían sido mis palabras.

Cuando una mujer comienza la tarea de sanar su cuerpo y decir su verdad, debe romper el campo colectivo de miedo y dolor que nos rodea por todas partes y que ha existido durante los últimos cinco mil años de sociedad dominadora. Es un campo saturado de miedo a la violación, a los golpes y maltratos, al abandono.

Rupert Sheldrake, un famoso biólogo británico, postula que todo el conocimiento del pasado de la Tierra existe a nuestro alrededor en forma de campos electromagnéticos de información, o «campos morfogenéticos».[3] Cuando un atleta bate por primera vez un récord mundial, señala Sheldrake, generalmente ha trabajado durante años para lograrlo, y suele decírsele que eso no se puede hacer, que es humanamente imposible; en otro tiempo se creía, por ejemplo, que nadie podría jamás correr una milla en menos de cuatro minutos. Sin embargo, una vez batido el récord, de pronto los atletas de todo el mundo comienzan a batirlo a su vez. Sheldrake explica que la primera persona que bate ese récord mundial cambia el campo morfogenético que rodea ese récord, facilitando así a otros igualar ese rendimiento entrando en el nuevo campo morfogenético.

Mujeres de todo el mundo están encontrando el valor para romper el campo morfogenético colectivo de vergüenza, miedo y dolor. Hace poco una de mis pacientes fue a ver a su padre para decirle cómo era crecer en una casa en la que él había abusado sexualmente de ella y sus hermanas durante años. Se plantó delante de él y se lo dijo todo, no para cambiarlo, sino para romper los años de silencio. Después me comentó: «Estoy dispuesta a aparecer en la televisión nacional a explicarlo dando el nombre de mi padre. ¡No sólo arruinó mi infancia, sino que además ha abusado de casi todas las niñas de mi barrio!». Este es un primer paso hacia la transformación; el verdadero perdón no puede llegar mientras la mujer no dé este paso. A otra de mis pacientes le hicieron hace poco una mastectomía; cuando le preguntan rutinariamente cómo le va, aunque sea uno de sus colegas de negocios que no lo sabe, contesta con naturalidad: «Estoy recuperándome muy bien de la mastectomía. Sabes que me operé, ¿verdad?». Estas dos mujeres están rompiendo el silencio, soltando los secretos que nos tienen atrapadas a todas. Están diciendo: «¡Basta, se acabó!». En todo el mundo, mujeres como ellas están cambiando el campo morfogenético del miedo y el silencio.

Romper el silencio requiere valor. No conozco a ninguna mujer que haya destapado su fuente interior de poder sin pasar por un casi impalpable velo de miedo, muchas veces con la sensación de que pondría su misma vida en peligro por decir la verdad. La periodista Vivían Gornick dice: «Salir del miedo para una mujer es como salir de las drogas para un drogadicto». No conozco ninguna manera de sortear ese miedo aparte de pasar por él con la ayuda de otras que también lo han experimentado y ya están al otro lado. Millones de sanadoras y sabias, y los hombres que las han apoyado, han muerto por decir la verdad. No es extraño que tengamos miedo, dada la historia colectiva de las mujeres. Cuando negamos este miedo o descartamos su presencia en otras, lo único que hacemos es darle más poder. Experimentar el miedo que tenemos colectivamente es un paso muy importante hacia la sanación; no hemos de juzgarlo, ni en nosotras mismas ni en las demás.

Pero cuando cada una reconoce ese miedo, lo siente y pasa por él, le hace mucho más fácil sanar a la mujer siguiente, igual que cuando se bate un récord mundial. Cuando miles de mujeres rompen sus campos

de miedo al mismo tiempo, juntas cambiamos el campo morfogenético. A las primeras mujeres que dijeron la verdad sobre las violaciones que sufrieron por parte de su padre u otros parientes, las acusaron de inventarlo. Ahora, cuando una mujer recuerda y habla, sea cual sea la indignidad que ha sufrido, tiene a su disposición apoyo, libros y reuniones. Ya no se siente sola, como si estuviera loca o fuera la única a la que le ha ocurrido esto.

Y entonces, cuando permitimos que la fuerza vital nos oriente la vida, viene el júbilo. Una vez que uno atraviesa ese miedo y comienza a vivir su vida según su sabiduría interior, tiene la oportunidad de crearse una vida basada en la libertad, la dicha y la ocasión. Esto lo he visto repetidas veces y lo he experimentado personalmente. Así pues, anímate. Hay muchísima esperanza, alegría, muchísimo amor a nuestro alrededor, todo el tiempo, cuando nos limpiamos de hábitos del pasado y abrazamos nuestro poder.

En 1993 escribí: «Suelo imaginarme de pie sobre los hombros de todas las mujeres fuertes que vinieron antes que yo, sostenida y apoyada por ellas; mujeres que tuvieron el valor de decir sus verdades aun cuando debieron hacer frente a una enorme oposición. Me tranquilizo pensando "No pueden quemarme ahora. Esta vez somos demasiadas. Esta vez estoy a salvo"». Ahora, en 1997, me alegra decir que no sólo estoy a salvo, sino que soy más libre y más feliz que nunca en mi vida. Recuerdo dónde estaba en 1993 y sonrío con compasión por quien era yo entonces. Y deseo que sepas que diariamente veo mi viaje reflejado en las vidas de las mujeres de todo el mundo.

Nuestros sueños, los sueños de la Tierra

Las mujeres nos estamos levantando como la levadura en todo el planeta.

SONIA JOHNSON

Cuando sanamos, gracias a sentir nuestras aflicciones y alegrías, sana la Tierra. Parte del surgir de lo femenino que veo producirse en todo el país (y en todo el mundo) es el fortalecimiento de los lazos entre las mujeres. Gwendolyn, una de las mujeres que conocimos antes, decía que gracias a su sanación «han entrado en mi vida hermosas amistades femeninas. Eso nunca me había ocurrido antes porque ponía demasiada energía en los hombres. Ahora está comenzando a surgir una hermandad de mujeres. Cuando una se toma el tiempo necesario para sintonizar consigo misma y con sus necesidades, comienza a producirse esta hermandad».

Yo no podría hacer el trabajo que hago sin el apoyo de mis hermanas de todo el país. Mis amigas y colegas me sostienen. Me siento apoyada y bendecida. Brian Swimme escribió una vez que los seres humanos somos el espacio donde sueña la Tierra. Nuestros sueños personales no son sólo nuestros, son lo que la Tierra sueña a través de nosotras. Los deseos de nuestro corazón son los deseos de la Tierra, son lo que Ella nos pide que hagamos. El sistema adictivo nos ha dicho que «si no duele no vale la pena hacerlo, sin sacrificio no hay beneficio». Pero lo cierto suele ser justamente lo contrario. Si lo que hacemos no nos procura ninguna alegría, ningún placer, ningún sentido de finalidad, ninguna satisfacción, no vale la pena hacerlo. Nuestro estado de salud es el barómetro de esto. Nuestras células saben lo que necesitamos hacer. ¡Escuchémoslas!

Todas las células de nuestro cuerpo responden a nuestros sueños. Estos son necesarios para nuestra salud y para la salud de nuestro planeta. Los sueños que sueña la Tierra a través de ti son distintos de los que sueña a través de mí. Pero yo necesito oír tus sueños y tú necesitas oír los míos, todas necesitamos oír los sueños de las demás mujeres; si no, no tenemos la historia completa. El sistema adictivo ha puesto mucho interés en impedir que nos escuchemos las unas a las otras, durante siglos. Pero ha llegado nuestra hora. Escuchémonos mutuamente.

La curación personal es curación planetaria

Durante toda la historia escrita, la Tierra y el mundo natural han sido considerados femeninos, con «recursos vírgenes» para ser «explotados». Lo que les ocurre a las mujeres individualmente y lo que le ocurre a nuestro planeta están ligados. La degradación personal y colectiva de la naturaleza, de las mujeres y de lo femenino está llegando a su fin.

La ciencia, tal como se practica en la actualidad, no nos va a salvar. Le falta la voz de la intuición, la voz femenina, la voz que habla desde nuestro cuerpo. Ahora necesitamos equilibrio. Necesitamos encarnar la sabiduría que se filtra a través de todas nosotras, incluyendo lo que nos dicen nuestra mente corporal y nuestra guía interior.

En la portada de un número reciente de la revista *Ms.* aparece una multitud de mujeres y el título: «RABIA + MUJERES = PODER».[4] Este mensaje me produjo desagrado, hasta que comprendí el potencial que contenía. Ciertamente, la rabia y la furia de las mujeres silenciadas son poder cuando se usan como combustible para el cambio. Pero deben ser un poder procedente de dentro, un poder totalmente conectado y centrado, no una ira dirigida contra alguien o algo. La ira transformada es poder. La ira transformada es fuerza.

Anne Wilson Schaef escribe: «Como mujeres hemos estado limitadas en lo que podemos hacer, decir, pensar y sentir. Es posible que nos fastidie reconocerlo, pero en el fondo sabemos que hay muchas fuerzas que limitan nuestra vida, fuerzas sobre las cuales no tenemos ningún dominio. Sólo una persona sin sentimientos no sentiría la llama de la ira a veces. Creíamos que sólo teníamos dos opciones: someternos a la autoridad, apoyándola, o luchar contra ella, apoyándola también. De las dos maneras perdemos. Hay una tercera opción: podemos ser nosotras mismas. Podemos ver lo que es importante para nosotras y hacerlo. Y es posible que tengamos que pasar por la rabia primero para poder ejercer esta opción».[5]

Llamar «político» a nuestro trabajo, sobre todo cuando se trata de nuestro cuerpo y de cosas que son «femeninas», es un acto de poder. Si eres madre, créeme, tu trabajo es político. Si eres enfermera, pediatra, cuidadora de niños o cualquier otra cosa, tu trabajo es político. Si estás sanando de un miofibroma o recordando tu incesto, estás haciendo un trabajo político.

Qué alentador es considerar la curación de nuestro cuerpo como algo político. ¡Démosle la importancia que se merece! Gloria Steinem dijo una vez: «Cualquier mujer que está hasta el culo forma parte del movimiento femenino». Me gusta muchísimo esta frase, porque deja espacio para una amplia gama de interpretaciones. Tenemos muchas opciones. Nadie sino tú tiene que definir tu sanación o tu política. ¿Necesitas tomarte seis semanas de baja en el trabajo para sanar de una operación pelviana? Considéralo algo político. Y después, cuando hayas aprendido de esa experiencia, ve si logras canalizar la energía de tu cuerpo hacia un trabajo que sea positivo y afirmador de la vida. O si necesitas tomarte las seis semanas simplemente para disfrutar y conectar contigo misma, ¡eso también es político!

En el epílogo de su libro *Burst of Light,* sobre su recuperación de un cáncer de mama, la poetisa Audre Lorde escribe: «En mis sueños y en los análisis de mi actividad inmunitaria tuve que examinar los aniquiladores efectos de estirarse demasiado. Estirarme demasiado no es estirarme. Tuve que aceptar lo difícil que es controlar la diferencia. Cuidar de mí no es autocomplacencia, es autoconservación, y eso es un acto de guerra política».[6]

En un sistema político que no ha representado los valores femeninos, cada mujer debe representarse a sí misma y convertirse en cabildera de sus necesidades. Cuidar de sí misma lo mejor posible, tenga o no una enfermedad socialmente aceptable, es en efecto un acto de guerra política.

Médico, cúrate a ti mismo, otra vez

Mi guía interior conectó conmigo a través de la mente de mi útero cuando estaba escribiendo la primera edición de este libro. Me diagnosticaron un miofibroma que daba al útero el tamaño de unas 13 semanas de embarazo. No tenía ningún síntoma. Llevaba años siguiendo una dieta pobre en grasas y sin productos lácteos. Al principio me entristecí y no quería que nadie lo supiera. Hice duelo por la pérdida de mi útero «normal». Cuando Annie Rafter me hizo el examen pelviano y me dijo lo del miofibroma, lo primero que me pasó por la mente fue: «Será mejor que acabe el libro este año, porque seguro que este tumor tiene relación con él».[7] Mi intuición me dijo que se había comenzado a desarrollar durante las primeras fases del proceso de escribir el libro, hacía dos años. También pensé: «Maldita sea, he estado viendo a demasiadas mujeres con miofibromas, tal vez cogí uno».[8]

Me sentí como si hubiera hecho algo malo, como si en cierto modo hubiera fracasado. Esto me hizo recordar que nuestras emociones no siempre están a la altura de nuestro nivel de desarrollo intelectual. Me hizo sentir humilde. Esa noche, ya en la cama, me coloqué las manos sobre el bajo vientre y le dije a mi útero: «De acuerdo, ahora tengo que tomar mi propio remedio y sintonizar con lo que quieres decirme». Mi útero me dio el siguiente mensaje: «Este miofibroma es un recordatorio de que necesitas aprender a mover con más eficiencia la energía por tu cuerpo. Si ahora te cuidas y prestas atención, evitarás problemas más graves en el futuro. Esta es también una maravillosa oportunidad de enseñar a las demás mujeres con el ejemplo. Ten presente que el trabajo que haces con otras también vale para ti. Siempre has creído que un miofibroma se puede desmaterializar. Esta es tu oportunidad». Medité sobre la creatividad y sobre lo que necesitaba nacer a través de mí.

Al día siguiente comencé un tratamiento con compresas de aceite de ricino y otro de sesiones de acupuntura, algo que hacía tiempo que deseaba hacer como medida de prevención general. El acupuntor me dijo que tenía en baja forma los meridianos del riñón y del triple calentador, y que llevaban algún tiempo así; eso estaba relacionado con un exceso de trabajo y estrés. Me acordé de una configuración crónica de energía en el lado derecho de mi cuerpo, que en medicina oriental llaman «sangre estancada» o «*chi* estancado». Las migrañas que tenía antes eran en el lado derecho; una vez Caroline Myss me diagnosticó que perdía energía por la cadera derecha, lo cual se manifestaba en problemas en la cadera; el absceso había sido en la mama derecha, y en esos momentos tenía un miofibroma en el lado derecho del útero. Todo me ocurría en el lado derecho del cuerpo, el lado «masculino» o yang, y todo estaba relacionado en un sentido energético. Lo que eso significaba para mí era que había sido importante crear fuertes cimientos para mi trabajo y para sacarlo al mundo; esa era mi tarea «masculina». Hasta fines de los años ochenta había tenido miedo de hacerlo, debido a que percibía que el mundo no estaba preparado para oírlo y que sería peligroso para mí. De ahí las repetidas «heridas» en mi lado derecho. El miofibroma era sencillamente la última manifestación, y muy oportuna por cierto, dado mi trabajo con mujeres. A pesar de mi recuperación en marcha de la adicción a las relaciones, me di cuenta de lo mucho que deseaba todavía la aprobación de los demás, y finalmente comprendí lo impotente que soy con respecto a lo que la gente va a pensar de mí. Me quedó claro que el miofibroma estaba relacionado con algo más que el libro y los meridianos agotados. Después de varios meses de acupuntura y compresas de aceite de ricino, el miofibroma seguía creciendo en lugar de reducirse. Tenía que ahondar más en mi aprendizaje. ¿Qué necesitaba saber?

Le pedí a una amiga de confianza que trajera su tarot Motherpeace a la consulta para poder aprovechar su pericia con esas cartas para comunicarme más con el miofibroma. Ella me hizo barajar las cartas, extenderlas y hacer una pregunta. La pregunta que hice fue: «¿Cuál es la finalidad superior de mi miofibroma?». Teniendo muy clara esa pregunta en la mente, saqué una carta para que me orientara. La carta era el Arcano Mayor número 15, que representa la «esclavitud»; en ella se ve a una persona con cadenas alrededor de las manos, el cuello y las piernas, encadenada a una familia o a un grupo dentro del cual hay luchas de poder. Después de leer más sobre esta carta y meditar sobre su significado, comprendí que necesitaba cambiar mi relación con mi consulta y mi profesión, que era esclava de una modalidad obsoleta. Mientras mi corazón deseaba escribir, dar conferencias y enseñar a las mujeres toda una nueva manera de ser en relación con su cuerpo, mi sentido intelectual de la responsabilidad me ordenaba que continuara ejerciendo la medicina de la manera en que me habían enseñado a hacerlo: atendiendo a pacientes en mi consulta, operando y cumpliendo con mis turnos para atender las llamadas de urgencia (¡mi adicción a las relaciones con otro disfraz más!). El miofibroma era una manifestación de mi adicción a la responsabilidad a la manera antigua, que creaba una barrera a las nuevas modalidades creativas que necesitaban expresarse. Comprendí que me hacía falta más libertad; necesitaba cambiar mi trabajo para enseñar más acerca del material de este libro. Necesitaba responsabilizarme de mis sueños más profundos y mi sabiduría interior.

La salud de las mujeres nunca va a cambiar substancialmente a menos que grandes grupos de mujeres comiencen a reclamar y recuperar colectivamente la sabiduría de su cuerpo. Para mí, hacer eso significaba dejar de ser «la doctora» para los cientos de mujeres con quienes había disfrutado tanto trabajando a lo largo de los años. No quería abandonar el ejercicio de la medicina, deseaba transformarlo. Sabía que ya no debía trabajar en la atención primaria con todas sus implicaciones culturales, implicaciones que me tenían encadenada a límites que ya no podía tolerar.

El miofibroma simbolizaba los interminables montones de fichas sobre mi escritorio y el gran número de llamadas telefónicas que exigían mi atención. Tenía que dejar esas cosas y reinventar el ejercicio de la medicina de un modo totalmente nuevo. Comprendí con mayor profundidad que nunca que la atención sanitaria individual, aunque valiosa, tiende a aislar el problema de cada mujer y no deja a los médicos el tiempo necesario para educarla sobre todos los problemas que pueden afectar a su cuerpo y sobre cómo ella tiene el poder para transformarlos. Así pues, decidí enseñar a grupos de mujeres la forma de crear salud día a día.

Escribí una carta a mis pacientes que decía: «No voy a abandonar el ejercicio de la medicina. Lo estoy redefiniendo y ampliando hacia nuevos aspectos que son esenciales para mejorar verdaderamente la salud de las mujeres a largo plazo». Les decía que examinar y diagnosticar una enfermedad (para lo cual me había preparado en la facultad) y crear salud (que era hacia donde me impulsaba mi corazón) son dos cosas diferentes. Tenía que concentrarme en una nueva forma. En mi carta les pedía que pensaran en las siguientes preguntas. A ti te pido que hagas lo mismo:

- ¿Cómo te iría si recuperaras la sabiduría de tu cuerpo y aprendieras a confiar en sus mensajes?
- ¿Cómo sería tu vida si ya no temieras a los gérmenes ni al cáncer?

- ¿Cómo cambiaría tu vida si tu cuerpo fuera tu amigo y aliado?
- ¿Cómo cambiaría tu vida si aprendieras a amar y respetar a tu cuerpo como si fuera una preciada creación tuya, tan valioso como una amiga o un hijo muy queridos? ¿Cómo te tratarías?
- ¿Cómo sería saber, en lo más profundo, que cada parte de tu anatomía y cada proceso de tu cuerpo femenino contienen sabiduría y poder?

Estas son las preguntas que se están haciendo mujeres de todo el mundo, y me alegra informar de que están encontrando respuestas, respuestas que transforman su vida y las de las personas con las que se relacionan.

El miofibroma me sirvió; fue como una patada en el trasero dada por mi cuerpo y mi alma. Me hizo dar un importantísimo paso que tal vez no habría dado en otras circunstancias (al menos, no tan pronto). En 1993 escribí lo siguiente: «Cuando acabé las últimas fases de la escritura y comencé a enseñar a más y más grupos de mujeres, el miofibroma empezó a reducirse gradualmente. Es posible que no desaparezca del todo. Sospecho que se quedará en mi cuerpo a modo de barómetro cuyo tamaño me avisará si estoy siendo fiel o no a mí misma y al trabajo que más quiero».

El miofibroma no desapareció después de la publicación del libro. Continuó allí, y tendía tanto a crecer como a reducirse. Hice en él interminables lecturas, pidiéndole que me enseñara; tuve diálogos con él; traté de amarlo. Entonces comprendí que mi relación con el trabajo era sólo una parte de mi vida. Tenía que revaluar todas mis relaciones, incluyendo las que tenía con mi marido y con mis familiares más inmediatos. Y entonces vi surgir otro comportamiento más: tendía a dejar en suspenso mis necesidades emocionales y creativas hasta que estuvieran satisfechas las de mi marido y mis hijas. Les permitía interrumpirme en mi escritorio en casa y durante mi trabajo, y no fijaba límites claros. Mi marido y yo, sobre todo, teníamos que comenzar el proceso de renegociar todos los aspectos de nuestra relación, puesto que mi éxito lo hacía sentirse «menos que» (el segundo chakra es el centro de las relaciones; los miofibromas representan un desarrollo estancado).

También descubrí mi profunda creencia de que si desarrollaba de veras mi pleno potencial, esas personas más queridas se sentirían amenazadas y dejadas atrás. En consecuencia, me sentía responsable de ayudar a los demás a ser todo lo que podían ser, para que pudieran avanzar conmigo. (O a veces sentía la necesidad de parecer yo «menos que» para no ser amenazadora.)

Justo antes de la Navidad de 1996, el miofibroma creció de tamaño; una ecografía reveló que me producía retención de orina en el riñón derecho. Descubrí que poco a poco había ido adaptando mi vida (y mi vestuario) al miofibroma. Aunque nunca tuve problema con mis reglas y no tenía ningún síntoma, sencillamente me harté de tener el abdomen protuberante; decidí que ya era hora de abandonar mi sueño de desmaterializarlo. Comprendí que yo también tenía la creencia de que era «bueno» usar métodos «naturales» para reducir el miofibroma, pero «malo» buscar la ayuda que con tanta frecuencia yo ofrecía a otras mujeres; había caído de bruces en mi forma de pensar adictiva. Así pues, decidí operarme el miofibroma, tomar el camino que durante cuatro años había tratado de evitar. Llamé a un cirujano de confianza, al que he enviado a muchas de mis pacientes, y le pedí hora para la extirpación del miofibroma. No se lo conté casi a nadie, pensando que sería mejor para mí contener mis energías, pensamientos y sentimientos acerca de esto. También comencé a tomar un fármaco agonista de las hormonas liberadoras de gonadotropina (Synarel) para reducir el miofibroma con el fin de que la incisión fuera más pequeña (el miofibroma ya tenía el tamaño de un melón cantalupo grande). El Synarel me producía sofocos y decidí que estos, para mí al menos, no eran «oleadas de poder», sino perturbaciones desagradables y sudorosas en mi vida cotidiana. Pero aparte de eso no tuve ningún problema y el miofibroma se redujo muy bien.

Llegó el momento de la operación. Le pedí a mi cirujano y a mi anestesista que me dijeran las cuatro afirmaciones sanadoras (véase la sección sobre cómo prepararse para la operación en el capítulo 16). Además de esas cuatro afirmaciones, le pedí al anestesista que me dijera la siguiente y la repitiera varias veces: «Cuando despiertes ya habrás dejado marchar la actitud emocional relacionada con este miofibroma». La operación fue bien; sólo era un miofibroma grande incrustado en la pared derecha del útero; mi recuperación fue fácil, con muy poco dolor; al día siguiente abandoné el hospital. Durante las tres semanas siguientes, dormí siestas, tuve sesiones de acupuntura, miré películas y descansé. La operación y la recuperación fueron experiencias cumbres para mí, en muchos sentidos. Había afrontado algo que había tratado de evitar —el camino sanador de la cirugía—, y al afrontarlo y pasarlo, había encontrado atención, compasión, habilidad y muchísima sanación. Aunque había deseado poder escribir algún día que había desmaterializado mi miofibroma, en un deslumbrante relámpago de percepción vi que no sería así en mi caso, y que mi aferramiento a eso como un camino «ideal» y «superior» no era otra cosa que materialismo espiritual. (Y sigo creyendo que es posible desmaterializar los miofibromas).

Un mes después de la operación, caminando por el aeropuerto de Pittsburgh, iba pensando en la cantidad de veces que durante una lectura astrológica me han preguntado: «¿Puede quedarse embarazada ahora? Tiene buenas posibilidades de concebir durante este periodo». Me puse a pensar en la fertilidad y en lo que significa ser una mujer fértil: concebir y dar a luz un hijo o cualquier creación. Entonces se desprendió otra capa de la «cebolla» del miofibroma. (No hubo ninguna experiencia de conversión, simplemente pasaron volando algunas percepciones.) Como mujer fértil y que deseaba ayudar, con una adicción a las relaciones de toda la vida, había estado dispuesta a ayudar a concebir y dar a luz las creaciones de otras personas, porque en alguna parte de mí creía que ellas no podrían hacerlo solas; por lo tanto, les había ofrecido mi útero. Pero al ver que pasaba el tiempo y esas otras personas no eran capaces de continuar solas la gestación de sus creaciones (al menos en mi opinión), me resentí. Entonces esas «creaciones portadas» y el resentimiento que las acompañaba se endurecieron en mi útero. La misma forma de esclavitud de antes, sólo que esta vez tuve una percepción más plena de cómo yo había contribuido a eso. Sinceramente creía que no podía entrar en la plenitud de mi poder sin también arreglarles esa parte a mis seres queridos y a las personas cuyo respeto tanto deseaba.

En ese tranquilo momento de percepción en el aeropuerto, comprendí que realmente me había liberado de la actitud emocional relacionada con mi miofibroma. Comprendí que en el momento de programar la operación había comenzado el proceso de cortar los lazos que sujetaban el miofibroma a su lugar. No importaba cómo se hubiera extirpado el miofibroma; lo que importaba era si también se había extirpado la conciencia que lo creó. Un mes después de la operación, supe, en un plano muy profundo, que mi energía creativa estaba libre y, consiguientemente, también lo estaba mi útero. Había aprendido una gran lección, la que toda mujer necesita aprender a su manera y en su momento: nadie puede crear nada por otra persona; sí se puede apoyar. En última instancia, cada una de nosotras debe aprender a crear sola, para ser libre de vivir de acuerdo con los dictados de su corazón. No podemos crear un mundo nuevo si creemos que debemos seguir siendo pequeñas e ineficaces en cualquier aspecto con el fin de que los demás nos amen o se sientan a salyo con nosotras. He tenido que aplicar lo aprendido a todas mis relaciones, en todos los aspectos, desde mi relación conyugal a las que tengo con instituciones, por ejemplo hospitales y editoriales. Los problemas en cada situación, grandes o pequeños, son siempre los mismos, y se reducen al mismo miedo: ¿me van a querer si me convierto en todo lo que estoy destinada a ser? La respuesta es «sí». Pero es posible que te encuentres con que te aman personas distintas a las que habías esperado al principio.

Hacer seguro el mundo para las mujeres: Comenzar por una misma

Si alguna vez vamos a crear seguridad en el mundo externo, primero hemos de crearnos seguridad en nuestro cuerpo. Si cuando nos desvestimos para acostarnos nos miramos en el espejo y nos reprendemos por el tamaño de nuestros pechos o la celulitis, no estamos haciendo nuestro camino; no estamos a salvo con nosotras mismas. Si no podemos crear *dentro de nosotras* un espacio seguro para nuestro cuerpo, su forma, su volumen, sus funciones naturales y su peso; si siempre estamos menospreciándolo, matándolo de hambre y enviándole mensajes adversos, ¿cómo podemos esperar que otra persona nos cree salud en el exterior? Y aunque alguien lo hiciera, de todos modos continuaríamos llevando dentro a nuestra terrorista interior.

La verdad es que sólo podemos cambiarnos a nosotras mismas, no a otra persona ni cosa. Eso es bueno, significa que no es necesario esperar a que otra persona lo haga por nosotras. Una amiga mía le regaló a su hija una camiseta con esta frase: «¿Y si no llega nunca el caballero de brillante armadura?». ¡Qué idea! ¡Qué alivio, en realidad! Después de siglos de que nos dijeran que otra persona podía y debía cuidar de nosotras y que de hecho lo haría, ahora tenemos la oportunidad de aprender a cuidar de nosotras mismas, juntas. En la portada del folleto del Boston Women's Fund dice: «Las personas a quienes hemos estado esperando somos nosotras». ¿No sientes más energía con sólo leer eso? Podemos comenzar a salvarnos ya. Podemos comenzar a vivir nuestra vida ya.

Cuando nos cambiamos por dentro permitiéndonos experimentar y reconocer nuestras emociones y heridas por tanto tiempo suprimidas, así como nuestras esperanzas y sueños para nosotras, nuestra familia y nuestro planeta, cambian por fuera las condiciones de nuestra vida. El trabajo por los cambios sociales debe ir de la mano con la disposición a sanar dentro de nosotras todos los mensajes interiorizados de culpa, duda y odio por nosotras mismas que llevamos codificados en nuestras células. De otro modo, nuestros actos salen de lugares interiores no sanos y suelen recrear la polarización y el sufrimiento. Ser conducidas por el espíritu significa vivir en comunicación con nuestra guía interior. Escucha en silencio. ¿Qué necesitas hacer a continuación? Tal vez simplemente estar quieta un rato es la mejor manera de sanar o ayudar. Quizá no hay nada

que necesites hacer en este momento. No hay una sola «manera correcta» de sanar el cuerpo. Lo mismo vale para cualquier otro aspecto de la vida. Cada una debe encontrar su camino sola. Emerson escribió una vez: «La esencia del heroísmo es la confianza en uno mismo». La confianza en uno mismo es más que la esencia del heroísmo; es también la base para confiar en nuestra intuición y en la voz sanadora de nuestras células. Discernir los auténticos mensajes de nuestro yo más profundo (y de nuestras células) no es tarea pequeña. En realidad es un trabajo de héroes.

Hace falta valor para aprender a respetarnos a nosotras mismas y respetar nuestro cuerpo, al margen de las heridas recibidas, de nuestro peso actual, de con quién estemos casadas o de cuáles sean nuestras preferencias sexuales. Las mujeres cuyas historias te he relatado son mujeres corrientes, son mujeres sanadoras. Sus historias son las historias de las heridas y la sanación planetarias. Esas mujeres son mis heroínas.

La autosanación es un proceso muy personal e individual. Requiere un desarme personal, negarse a continuar en guerra con una parte del cuerpo que trata de decir algo. Permite que la carrera armamentista acabe en ti. Una de mis pacientes, miembro de Alcohólicos Anónimos desde hace quince años, resume bellamente esto: «Cada mañana pido una buena disposición para hacer lo que sea que deba hacer. Y también pido ser enseñable. Ha habido periodos en mi vida en que nadie podía enseñarme nada: yo creía que lo sabía todo. Jamás quiero volver a ser así».

Comprométete a vivir tus sueños día a día. Ese es el proceso que se requiere para sanar a nuestra familia, nuestra comunidad, nuestro planeta.

Y ahora, te deseo que continúes adelante, a echar una siesta, a abrazar a un hijo, a sentir el sol en la cara, o a comer una buena comida lentamente, sabiendo en el fondo que el siguiente paso para sanar y vivir dichosa ya está ahí, esperando a que lo escuches, esperando a nacer en el mundo, a través de ti, querida mujer.

Apéndice
Opciones en la terapia hormonal sustitutiva

Este cuadro es una síntesis de información tomada de diversas fuentes. Su única finalidad es informativa y no representa en absoluto una recomendación de ningún producto ni método. Las personas que han recopilado los datos para elaborar este cuadro no son responsables del uso que se haga de los productos enumerados, que sólo deberán emplearse con el consejo de un profesional de la salud titulado y de confianza. Es importante controlar las dosis y la respuesta terapéutica dadas las diferencias entre las personas. El calificativo «isomolecular» se aplica a una hormona que tiene una estructura química equiparable a la de los seres humanos. Rogamos que se incluya esta advertencia cuando se cite cualquier parte de este cuadro.

ESTRÓGENOS ORALES

Producto	*Empresa*	*Presentación*	*Procedencia*	*Dosis equivalente a 0,625 mg de Premarin*	*Comentarios*
Premarin (estrógenos conjugados)	Wyeth-Ayerst	0,3; 0,625; 0,9; 1,25; 2,5 mg	Orina de yegua preñada	0,625 mg	50% de estrona con 10-12 estrógenos conjugados y equinalinas (estrógenos equinos). El estrógeno más vendido y más estudiado para terapia hormonal sustitutiva. Los estudios demuestran que la dosis de 0,625 mg es la óptima para ofrecer una buena protección contra la osteoporosis y las enfermedades cardiacas. Vida media de 60 horas frente a las 10-12 horas de otros productos para terapia hormonal sustitutiva. Los estrógenos equinos se unen más fuertemente a los receptores de estrógeno.
Estrace (estradiol beta) isomolecular	Mead-Johnson (subsidiaria de Bristol-Myers Squibb)	0,5; 1,0; 2,0 mg	Soja	1,0 mg	Se puede absorber parcialmente disolviendo el comprimido bajo la lengua, lo que permite que no pase por el hígado. Si se traga, se metaboliza en estrona, que se convierte en la principal hormona en circulación. Se absorbe mejor tomada con la comida.
Ortho-Est (sulfato de estrona o estropipato)	Ortho Pharmaceuticals	0,625; 1,25 mg	Ñame mexicano silvestre y soja	0,625 mg	Un efecto secundario ocasional puede ser sequedad de boca.
Ogen (sulfato de estrona o estropipato)	Pharmacia Upjohn	0,625; 1,25 mg	Ñame mexicano silvestre y soja	0,625 mg	Un efecto secundario ocasional puede ser sequedad de boca.
Menest (estrógenos esterificados, que son 75-85% sulfato de estrona sódico y sulfatos equilinos)	SmithKline Beecham	0,3; 0,625; 1,25; 2,5 mg	Ñame mexicano silvestre y soja	0,625 mg	La vida media de los estrógenos esterificados es de 10-12 horas.
Estratab (estrógenos esterificados, que son 75-85% sulfato de estrona sódico y sulfatos equilinos)	Solvay	0,3; 0,625; 1,25; 2,5 mg	Ñame mexicano silvestre y soja	0,625 mg	El estudio demostró que la dosis de 0,3 mg ofrece protección contra la pérdida de masa ósea.
Triestrogen (estrona, estradiol beta, estriol) isomolecular	Farmacias en que preparan compuestos	1,25 mg dos veces al día. Normalmente se receta una dosis por la mañana y otra por la tarde.	Ñame mexicano silvestre y soja	Desconocida	La dosis de 1,25 mg se compone de 1,0 mg de estriol, 0,125 mg de estrona y 0,125 mg de estradiol. La teoría es que el estriol se une a los receptores de estrógeno de las mamas para inhibir el estímulo de los estrógenos más activos en el tejido mamario. Se desconoce si protege de la osteoporosis o las enfermedades cardiacas.

PARCHES DE ESTRÓGENO

Producto (todos son estradiol beta)	*Empresa*	*Presentación*	*Procedencia*	*Dosis equivalente a 0,625 mg de Premarin*	*Comentarios* Ninguno pasa por el hígado, pero tienen efectos menos positivos en los niveles de colesterol y lípidos HDL
Estraderm isomolecular	Ciba-Geigy	0,05; 0,1 mg/día	Ñame mexicano silvestre y soja	0,05 mg	Hay que cambiar el parche 2 veces por semana. Algunas mujeres reaccionan al pegamento. Los parches no se pueden cortar.
Vivelle isomolecular	Ciba-Geigy	0,035; 0,05; 0,075; 0,1 mg/día	Ñame mexicano silvestre y soja	0,05 mg	Hay que cambiar el parche 2 veces por semana. Los parches se pueden cortar para modificar la dosis.
Climara isomolecular	Berlex Laboratories	0,05; 0,1 mg/día	Soja	0,05 mg	Sólo hay que cambiar el parche 1 vez por semana. Se pueden cortar para modificar la dosis.
FemPatch	Parke-Davis	0,02 mg/día	Origen vegetal	Equivalente a 0,3 mg de Premarin	Sólo se cambia una vez por semana.

ESTRÓGENOS VAGINALES

El objetivo de los estrógenos vaginales es tratar selectivamente la sequedad vaginal y los síntomas uretrales. Las dosis no son adecuadas para el tratamiento hormonal sistémico.

Producto	*Empresa*	*Presentación*	*Procedencia*	*Dosis equivalente a 0,625 mg de Premarin*	*Comentarios*
Crema Estrace (estradiol beta) isomolecular	Mead-Johnson (subsidiaria de Bristol-Myers Squibb)	2 g/hora durante 2 semanas y luego 1 g 3 veces por semana	Soja	0,1 mg de estradiol por gramo	Su pH inferior al de la crema Premarin provoca menos proliferación bacteriana.
Premarin (estrógenos conjugados)	Wyeth-Ayerst	0,5-2 g/día durante 3 semanas y 1 semana nada	Orina de yegua preñada	0,625 mg por gramo	
Crema de estriol isomolecular	Farmacias en que preparan compuestos	0,5 mg durante 21 días y luego 0,5 mg 2 veces por semana	Ñame mexicano silvestre y soja	0,5 mg por gramo	El estriol tiene su principal efecto en los receptores situados en los tejidos de la vagina, la vejiga y la uretra. La dosis vaginal establecida tiene poco o ningún efecto estimulante en el revestimiento endometrial. El estriol se convierte en estrona o estradiol.
Ogen (estropipato)	Pharmacia Upjohn	0,5-2 g/día, 3 semanas, 1 semana nada	Ñame mexicano silvestre y soja	1,5 mg por gramo	
Anillo vaginal de silicona Estring (estradiol) isomolecular	Pharmacia Upjohn	Libera dosis de 2 mg/día durante 90 días	Ñame mexicano silvestre y soja	Dosis constante mínima al día	Se coloca en la vagina como un diafragma; la absorción sistémica es mínima.

PROGESTINAS

Producto	*Empresa*	*Presentación*	*Procedencia*	*Dosis equivalente*	*Comentarios*
Aygestin (acetato de noretindrona)	Wyeth-Ayerst	5,0 mg	Sintética	2,5 mg equivalen aprox. a 2,5 mg de Provera	Entre los efectos secundarios más androgénicos podrían estar el acné y la piel grasa.
Megace (acetato de megesterol)	Bristol-Myers Squibb	20 mg	Sintética	Desconocida	El aumento de peso debido a un mayor apetito es un efecto secundario frecuente. Normalmente se toma dos veces al día para los sofocos y los síntomas vasomotores.
Provera (acetato de medroxiprogesterona)	Pharmacia Upjohn	Continua: 2,5 mg En ciclos: 5,0; 10,0 mg	Sintética	Estándar para comparación	Provera es la progestina más estudiada y de uso más extendido. En algunas mujeres el acetato de medroxiprogesterona puede tener efectos secundarios parecidos al síndrome premenstrual, entre ellos sensibilidad en los pechos, retención de líquido, depresión e irritabilidad. Estos efectos pueden depender de la dosis.
Cycrin (acetato de medroxiprogesterona)	Wyeth-Ayerst	Continua: 2,5 mg En ciclos: 5,0; 10,0 mg	Sintética		Véase Provera
Amen (acetato de medroxiprogesterona)	Carnrick Laboratories	5,0; 10,0 mg	Sintética		Véase Provera
Progesterona natural micronizada en aceite isomolecular	Farmacias en que preparan compuestos	100 mg 2 veces al día los días 14-28 del ciclo o 50 mg 2 veces al día todo el mes	Ñame mexicano silvestre y soja	Dosis continua equivalente aprox. a 2,5 mg de Provera; dosis en ciclo equivalente aprox. a 5-10 mg de Provera	En las pruebas PEPI se usaron cápsulas de progesterona natural micronizada en aceite (PNM; en inglés NMP); ninguna de las mujeres que las tomó desarrolló hiperplasia. La PNM puede causar somnolencia y disminuye los síntomas del síndrome premenstrual. Las pruebas PEPI demostraron que la PNM tiene efectos más positivos en el colesterol y los lípidos HDL que el acetato de medroxiprogesterona.
Prometrium (progesterona natural micronizada isomolecular)	Schering-Plough Corp.	200 mg/día	Ñame mexicano silvestre y soja	Desconocida	Se usa en Europa y Canadá pero todavía no está a la venta en Estados Unidos; se espera la aprobación de la FDA.

COMBINACIÓN DE ESTRÓGENO Y PROGESTINA

Producto	Empresa	Presentación	Procedencia	Dosis equivalente	Comentarios
Prempro	Wyeth	Premarin: 0,625 mg Cycrin: 2,5 mg	Orina de yegua embarazada Sintética	0,625 mg 2,5 mg	Tableta combinada, administrada una vez al día durante 28 días.
Premphase	Wyeth	Premarin: 0,625 mg días 1-28 Cycrin: 5,0 mg días 14-28	Orina de yegua preñada Sintética	0,625 mg 5,0 mg	Tableta combinada, administrada una vez al día durante 28 días.
Estradiol con progesterona natural micronizada	Farmacias en que preparan compuestos	Estradiol: 0,5 mg Progesterona natural micronizada: 100 mg 2 veces/ día	Ñame mexicano silvestre y soja	Equiv. a 0,625 mg de Premarin y 2,5 mg de Provera	Se necesitan dos dosis al día debido a su corta vida media. Pero el doctor Joel Hargrove recomienda una dosis baja de 0,5 mg de estradiol y 100 mg de progesterona natural micronizada combinados en un comprimido una vez al día. J. Hargrove, *Medical Clinics of N America 79*, 6, noviembre de 1995.

CREMAS TRANSDÉRMICAS

Al usar cremas transdérmicas es importante recordar que la absorción es excelente. La dosis habitual prescrita es 1/10 de la dosis oral para comenzar. Se aconseja hacerse análisis de saliva (no de sangre) cuando se usan estas cremas. (Dolibaum and Duwe, póster de la reunión anual de la North American Menopause Society, 1996; K. J. Chang y otros, Fertility and Sterility, 63,1995, pp 785-791). En genral, ¼ de cucharadita equivalente a 1 gramo.

Producto	Empresa	Presentación	Procedencia	Dosis equivalente	Comentarios
Crema de estradiol isomolecular	Farmacias que preparan compuestos	0,05 mg/g; 0,1 mg/g (1,8 cucharadita 2 veces/día)	Ñame mexicano silvestre y soja	0,5 a 1,0 mg de estradiol oral	Véase información sobre dosis en cuadro anterior
Crema de progesterona natural	Farmacias que preparan compuestos	10-20 mg 2 veces/día	Ñame mexicano silvestre y soja	Desconocida	Dosis de acuerdo al estado del endometrio, determinado por una biopsia o una ecografía. Hay que informar de cualquier regla, hemorragia o pérdida de sangre anormal.
Crema ProGest (sin receta) isomolecular	Transitions for Health, Portland, OR, (503) 226 10 10	450 mg por 30 g (crema al 1,7 %), ¼ a ½ cucharadita 2 veces/día. Aplicar 3 semanas de cada 4.	Ñame mexicano silvestre y soja	30 mg/día, basándose en el nivel de progesterona en la saliva	La hormona en crema no pasa por el hígado para su metabolización. Se desconoce la dosis equivalente de ProGest en la terapia hormonal sustitutiva. Se recomienda controlar el nivel de progesterona en la saliva y la reacción endometrial. Informar al médico si se usa crema ProGest.
Crema de testosterona isomolecular	Farmacias que preparan compuestos	0,1-0,5 mg/g	Ñame mexicano silvestre y soja	Dosis de acuerdo al nivel de testosterona	Aplicar sólo si el nivel de testosterona está por debajo de lo normal. Se pueden medir los niveles; debido a las variaciones diurnas, hacerlo por la noche.

TESTOSTERONA

La metiltestosterona no se convierte en estrógeno en el cuerpo. *Puede* ser más segura para mujeres mayores con cáncer de mama. La testosterona natural puede convertirse en estrorna y/o estradiol en el cuerpo. No es recomendable para mujeres que han tenido cáncer de mama.

Producto	*Empresa*	*Presentación*	*Procedencia*	*Dosis equivalente*	*Comentarios*
Estratest (estronas esterificadas con metiltestosterona) Estratest HS	Solvay	E. 1,25 mg; T. 2,5 mg; E. 0,625 mg; T. 1,25 mg	Sintética	Desconocida	La metiltestosterona no se puede medir en la saliva. Aumenta la libido; se desconocen los efectos secundarios a largo plazo; podría causar insomnio, agitación y piel grasa.
Testosterona en aceite isomolecular, en cápsulas	Farmacias que prepararan compuestos	1,25-5,0 mg 2 veces/día	Soja	De acuerdo al nivel de testosterona	Tomarla sólo si el nivel de testosterona está por debajo de lo normal; se pueden medir los niveles en laboratorio
Metiltestosterona (Dra. Susan Rako)	Farmacias que preparan compuestos	0,125-0,8 mg/día	Sintética	Desconocida / no comprobada	Tal vez con titrato para dosis inferiores
Premarin con metiltestosterona	Wyeth	0,625 mg de Premarin 5,0 mg de Methyltest	Sintética	Desconocida	También se presenta en dosis de 1,25-10,0 mg

Recursos**

Organizaciones, proveedores y libros recomendados

Christiane Northrup, M.D., F.A.C.O.G.
P.O. Box 199
Yarmouth, ME 04096

La doctora Northrup agradece las cartas aunque no puede contestarlas personalmente. Muchas de las preguntas de sus lectoras las trata en su boletín mensual *Health Wisdom for Women* (véase a continuación).

Health Wisdom for Women

Este boletín mensual, escrito por la doctora Christiane Northrup, ofrece a la mujer soluciones naturales, eficaces y sin riesgos para sus problemas de salud. Publicado desde 1994, este boletín refleja las opiniones puestas al día de la doctora Northrup sobre todos los aspectos de la salud de la mujer. Puedes pedirlo directamente a Phillips Publishing, 7811 Montrose Road, Potomac, MD 20854, tel. (800) 804 09 35; si quieres subscribirte, pide por favor la oferta inicial #NCNTLK. Las suscriptoras tienen también acceso al servicio de mensajes telefónicos Wisdom Wire de la doctora Northrup, que ofrece referencias sobre atención médica y de una amplia gama de productos y servicios destinados a ayudar a la mujer a vivir su vida más plena y saludablemente.

Creating Health, audiocasetes de Christiane Northrup.

Expresa el proceso de crear salud, en contraposición a los exámenes para diagnosticar una enfermedad o esperar a que se presente una urgencia. Ofrece un mapa para vivir plenamente con el máximo acceso a la propia sabiduría interior. Hay una serie de dos casetes y otra de seis (en que trata también otros temas). Para encargar una u otra serie, dirígete a cualquiera de las siguientes direcciones:

Women to Women
3 Marina Road
Yarmouth, ME 04096
Tel.: (207) 846 61 63
Fax (207) 846 61 67

Sounds True
P.O. Box 8010
Boulder, CO 80306-8010
Tel.: (800) 333 91 85 o (303) 665 31 51
Fax (303) 665 52 92

Phillips Products and Services Tel.: (800) 705 55 59.

Recursos generales

Organizaciones de atención médica holista

American College for the Advancement of Medicine (ACAM)
23121 Verdugo Drive, Suite 204 Laguna Hills, CA 92653 Tel.: (800) 532 36 88

Celebra reuniones y publica información sobre el uso de la terapia de quelación, los suplementos nutritivos y la medicina ortomolecular.

American Holistic Medical Association 6728 Old McLean Village Drive McLean, VA 22101 Tel.: (703) *506* 97 28 o (703) 556 92 45

* La lista que presenta esta sección corresponde a una selección hecha por la autora para el público de Estados Unidos. Ediciones Urano no puede ofrecer una selección similar para España ni Latinoamérica. Como siempre, en las referencias bibliográficas informamos si hay traducción de los libros al castellano. *(N.del E.)*

Organización de médicos y osteópatas que ejercen la medicina que reconoce la interrelación cuerpo, mente y espíritu. Abarca todas las modalidades eficaces y sin riesgos, sin excluir la medicina alopática convencional. Ofrece reuniones regulares y un servicio de referencias de médicos de igual mentalidad.

American Holistic Nurses Association
P.O. Box 2130
Flagstaff, AZ 86003
Tel.: (800) 278 AHNA (2462)
Bastyr University 14500 Juanita Drive N.E.
Bothell, WA 98011-4995 Tel.: (206) 823 13 00
Cursos sobre ciencias de salud natural, con títulos en nutrición, medicina oriental, acupuntura, naturopatía, ciencias de la conducta aplicadas, dietética, medicina herbolaria china, homeopatía, partería, parto natural.

Center for Complementary and Alternative Medicine Investigación en asma, alergia e inmunología University of California, Davis
3150B Meyer Hall Davis, CA 95616 Tel.: (916) 752 65 75

Citizens for Health
P.O. Box 2260
Boulder, CO 80306
Tel.: (800) 357 22 11 o (303) 417 07 72
Fax: (303) 471 93 78
Organización formada por un grupo de personas corrientes que creen que la buena salud es un derecho, no un beneficio que deba ser determinado por el gobierno ni basarse en la posición económica o social. Esta idea dio origen a un movimiento que ahora es una red nacional e internacional de personas, jóvenes y mayores, de todas las capas sociales, que desean ejercer su derecho a tomar decisiones informadas respecto al cuidado de su salud.

Gay and Lesbian Medical Association
459 Fulton Street, Suite 107
San Francisco, CA 94102
Tel.: (415) 255 47 84
Correo elect.: gaylesmed@aol.com
Website: www.glma.org

Health Resource
564 Locust Avenue
Conway, AR 72032
Tel.: (800) 949 09 00 o (501) 329 52 72
Fax: (501) 329 94 89
Organización fundada por Janice Guthrie a consecuencia de su experiencia personal con la enfermedad y consiguiente deseo de participar activamente en su propio cuidado y tratamiento. Este servicio de información para la salud ofrece un informe individualizado y completo sobre el problema médico concreto de cada persona. La información cubre tratamientos convencionales y alternativos además de investigación, libros, especialistas y otros datos pertinentes. El precio de los informes varía entre 250 y 350 dólares. La hoja informativa es gratis.

Herb Research Foundation 1007 Pearl Street, Suite 200 Boulder, CO 80302 Tel.: (303) 449 22 65
Ofrece información sobre cómo utilizar las plantas medicinales eficazmente y sin riesgo.

Holistic Dental Association Dr. Richard Shepard, D.D.S.
P.O. Box 5007
Durango, CO 81301
Organización de dentistas que comprenden que la salud de boca, dientes, encías y maxilares está relacionada con la salud total de la persona en todos los aspectos. Ofrece información sobre los riesgos de los empastes de mercurio, los peligros de la endodoncia, y sus alternativas.

International Foundation for Homeopathy
P.O. Box 7
Edmonds, WA 98020
Tel.: (425) 776 41 47
Fax: (425) 776 14 99

National Center for Homeopathy 801 N. Fairfax Street, Suite 306 Alexandria, VA 22314 Tel.: (703) 548 77 90

Los dos organismos de homeopatía, nacional e internacional, ofrecen información y referencias.

Shealy Institute 1328 East Evergreen Street Springfield, MO 65803 Tel.: (417) 865 59 40

Establecido por el doctor Norman Shealy, fundador también de la American Holistic Medical Association, este instituto ofrece programas para tratar el dolor crónico y la depresión, sin hospitalización.

Farmacias que preparan fórmulas

Para localizar la farmacia de fórmulas más cercana, llama a Professionals and Pacients for Customized Care, al (800) 927 42 27 o al (713) 933 84 00.

International Academy of Compounding Pharmacists
P.O. Box 1365
Sugarland, TX 77487
Tel.: (800) 927 42 27
Website: www.compassnet.com/iacp
Tiene una lista de las farmacias de fórmulas de Estados Unidos especializadas en atención individualizada.

B&B Pharmacy
Southern California Regional Compounding Center
10244 Rosecrans Avenue
Bellflower, CA 90706
Tel.: (800) 231 89 05
Dispone de servicio por correo.
Delk Pharmacy 1602 Hatcher Lane Columbia, TN 38401 Tel.: (615) 388 39 52

Para estrógeno natural (0,5 mg estradiol) combinado con progesterona natural (100 mg) para terapia sustitutiva de estrógeno (también existe en dosis más bajas). Las mujeres que toman este preparado no tienen reglas, ya que mantiene inactivo el endometrio, sin ninguno de los efectos secundarios de la progestina. Se vende con receta. Esta farmacia también ha realizado un trabajo pionero con otros métodos probados clínicamente para la administración de hormonas naturales.

Madison Pharmacy Associates 429 Gammon Place Madison, WI 53719 Tel. farmacia: (800) 558 70 46

Tel. rojo para información síndrome premenstrual: (800) 222 47 67 Excelente proveedor de productos de progesterona natural, entre otros cápsulas de Progestrol (progesterona oral de liberación sostenida), y de información sobre el síndrome premenstrual (SPM). También dispone de suplementos específicos para el SPM, entre ellos Procycle. La información clínica y sobre grupos de apoyo es gratis.

Women's International Pharmacy
5708 Monona Drive
Madison, WI 53716
Tel.: (800) 279 57 08 o (608) 221 78 00

Progesterona natural, estriol y muchas combinaciones para síndrome premenstrual y menopausia. Excelente fuente de información sobre hormonas naturales y su uso.

Libros sobre hierbas

Michael Murray, *The Healing Power of Herbs: The Enlightened Person's Guide to the Wonders of Medical Plants,* Prima Publishing, 1992

Deb Soule, *The Roots of Healing: A Woman's Book of Herbs;* encargar a Avena Botanicals, 219 Mill Street, Rockport, ME 04856, tel. (207) 594 06 94; también hay catálogo, por 2 dólares.

Susun Weed, *Healing Wise: Wise Woman's Way,* Ashtree Publications, 1989.

—*Menopause: The Wise Woman's Way,* Ashtree Publications, 1992.

Andrew Weil, *Natural Health, Natural Medicine,* Houghton Mifflin, 1995. [Hay traducción al castellano: *Salud y medicina natural*, Urano, Barcelona, 1998.]

PhytoPharmica Tel.: (800) 553 23 70

Distribuidor de muchos libros y monografías sobre plantas medicinales. También distribuidor de Remifemin, extracto del rizoma de *Cimifuga racemosa* (cimifuga; en inglés black snakeroot, rattle weed o squawroot), usado para tratar las dolencias menopáusicas debidas a mayor insuficiencia ovárica, disfunciones leves posteriores a ovariectomía o histerectomía, síndrome premenstrual y alteraciones menstruales juveniles.

Hierbas chinas

Margaret Naeser, *Traditional Chinese Patent Medicines*, Boston Chinese Medicine Society, 1991. Para encargar un

ejemplar, tel. (800) 772 63 20; para encargar muchos ejemplares, tel. (617) 720 44 48.

Quality Life Herbs P.O. Box 565 Yarmouth, ME 04096 Tel.: (207) 842 49 29 Fax: (207) 846 31 68

Mi acupuntora Fern Tsao y su hija Maureen, expertas en el uso de hierbas chinas, ahora distribuyen hierbas chinas a todo el mundo. Todas las hierbas que menciono en el libro se pueden encargar por correo a Quality Life Herbs. Sus productos satisfacen los requisitos más exigentes de eficacia y calidad. Durante años he enviado pacientes a Fern, con excelentes resultados en una amplia variedad de trastornos.

Yitian Ni, O.M.D.

4683 Mercury Street, Suite C San Diego, CA 92111 Tel.: (619) 467 98 93 Fax: (619) 467 99 06

Yitian Ni tiene muchísima experiencia en medicinas occidental y oriental para mujeres. Da seminarios por todo el país y ha creado una línea de hierbas chinas específicas para diferentes tipos de síntomas menopáusicos. Puedes llamarla para encargar estos suplementos herbolarios o pedir más información.

Suplementos multivitamínico-minerales

Existen muchos buenos suplementos multivitamínico-minerales. Recomiendo el creado por mí, llamado Wisdom Nutritionals: Create Health Daily. Este suplemento favorece el sustento óptimo suprarrenal, óseo, hormonal y cardiovascular, particularmente en la edad madura de la mujer. Para encargarlo, llamar a Doctor's Preferred, al (800) 304 17 40.

La empresa Usana fabrica una excelente línea de suplementos nutritivos que mi familia y pacientes han encontrado muy útiles. Los venden distribuidores independientes. Para más información, o para encargarlos, llamar a Penny Kirk, al (800) 987 94 73.

Otras marcas que he empleado con éxito son Thorne Research y ANR, Inc., fabricantes de vitaminas y minerales Transmins. Para pedir la marca ANR, llamar al (800) 836 06 44.

Aceites esenciales

Los aceites esenciales son los sistemas regenerador e inmunitario de las plantas. Según traducciones de manuscritos antiguos, los sacerdotes y los médicos usaban aceites esenciales miles de años antes del nacimiento de Cristo. Fueron los primeros remedios de la humanidad.

Uttati International
500 South Beverly Drive, Suite 214
Beverly Hills, CA 90212
Tel.: (310) 556 5717
Los aceites de aromaterapia importados que se venden aquí son los mejores que he encontrado en mi vida.

American Alliance of Aromatherapy Tel.: (800) 809 98 50
Ofrece información sobre el arte y la ciencia de la aromaterapia.

Capítulo 1: El mito patriarcal y el sistema adictivo

One Day at a Time in Al-Anon, Al-Anon Family Group Headquarters, Inc., 1989. Ellen Bass y Laura Davis, The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse, Harper Perennial, Nueva York, 1989. [Hay traducción al castellano: El coraje de sanar, Urano, Barcelona, 1995.]

Anne Wilson Schaef, When Society Becomes an Addict, Harper & Row, 1987.

—Women's Reality: An Emerging Female System, Harper San Francisco, 1992.

—Escape from Intimacy, Harper San Francisco, 1990.

Anne Wilson Schaef y Dianne Fassel, The Addictive Organization, Harper & Row, 1988.

Capítulo 2: Inteligencia femenina y una nueva modalidad de curación

Candace Pert, Molecules of Emotion, Simon & Schuster, 1997.

Capítulo 3: Guía interior

Intuición médica

Global Intuition NetWork Jeffrey Mishove, Ph.D.

3220 Sacramento Street San Francisco, CA 94115

Esta organización hace investigaciones sobre la intuición y lleva una lista de referencia de profesionales cualificados que usan la intuición en su trabajo.

Mona Lisa Schulz, M.D., Ph.D.

P.O. Box 452 Yarmouth, ME 04096 Tel.: (207) 846 64 97

La doctora Schulz tiene doctorados en neurociencia conductista y en medicina, por la Universidad de Boston. También es experta intuitiva médica. Llamar o escribir para programar una lectura.

Mona Lisa Schulz, *Awakening Intuition: Using Your Mind Body NetWork for Insight and Healing,* Harmony, 1998. [Hay traducción al castellano: *Despierta tu intuición.* Urano, Barcelona, 1999.]

Caroline Myss, *Anatomy of the Spirit,* Harmony, 1996. [Hay traducción al castellano: *Anatomía del espíritu,* Ediciones B, 1997.

—*Why People Don't Heal and How They Can,* Harmony, 1997.

Capítulo 4: El sistema energético femenino

C. Norman Shealy y Caroline Myss, *The Creation of Health: Merging Traditional Medicine with Intuitive Diagnosis,* Stillpoint Publications, 1983.

Mona Lisa Schulz, *Awakening Intuition:* véase bibliografía para cap. 3.

Terah Kathryn Collins, *The Western Guide to Feng Shui: Creating Balance, Harmony, and Prosperity in Your Environment,* Hay House, 1996. [Hay traducción al castellano: *Feng Shui para Occidente,* Urano, 1998.] Explica cómo el ambiente externo puede tener profundos efectos en la salud física.

Capítulo 5: El ciclo menstrual

Jeanne Blum, *Woman Heal Thyself: An Ancient Healing System for Contemporary Women,* Charles E. Tuttle, 1995.

Anne Cameron, *Daughters of Copper Woman,* Press Gang Publishers, 1981. Demetra George, *Mysteries of the Dark Moon: The Healing Power of the Dark Goddess,* Harper San Francisco, 1992.

Lara Own, *Her Blood Is Gold: Celebrating the Power of Menstruation.* Contactar con The Crossing Press, Inc., P.O. Box 1048, Freedom, CA 95019, tel. (408)722 0711.

Penelope Shuttle y Peter Redgrove, *The Wise Wound,* Grove Press, 1988.

Dolores menstruales (dismenorrea)

Para información sobre nutrición, véase capítulo 17. Para compresas de aceite de ricino, véase más adelante el apartado «Hemorragia uterina disfuncional» (p. 856).

Acupuntura: Para localizar un acupuntor cerca de tu zona, llama a la American Association of Acupuncture and Oriental Medicine, tel. (610) 266 14 33.

Bupleurum (Xiao Yao Wan): Este producto para los dolores menstruales se encuentra en Quality Life Herbs (pág. 851).

Síndrome Premenstrual

El audiocasete *Premenstrual Syndrome,* de la doctora Christiane Northrup, responde a todas las preguntas sobre este síndrome. Con un método que abarca todo el cuerpo, enseña la biología del sistema reproductor en un lenguaje fácil de entender. Explica las conexiones entre el ciclo del estro y el impulso sexual, el modo de controlar los síntomas mediante la dieta y el ejercicio, la relación entre familias alcohólicas y el síndrome premenstrual, y mucho más. Una manera de considerar el ciclo menstrual, como parte del poder dador de vida que es el don especial de la mujer. 60 minutos. Encargarlo directamente a Women to Women, 3 Marina Road, Yarmouth, ME 04096, tel. (207) 846 61 63, fax (207) 846 61 67.

Trastorno afectivo estacional/Terapia de luz: Las mujeres que sufren del síndrome premenstrual suelen tener el trastorno afectivo estacional y les va bien la terapia de luz. La luz de espectro completo puede ir bien también para los problemas ovulatorias y otros trastornos del ciclo menstrual, y aumenta el nivel de serotonina.

Janet Goodrich, *Natural Vision Improvement,* Celestial Arts, 1986.

Zane Kime, *Sunlight Could Save Your Life,* World Health Publications, 1980. Jacob Liberman, *Light: Medicine of the Future,* Bear and Co., 1991.

Proveedores de luz de espectro completo:

Happylite by Verilux

Se vende en Phillips Products and Services, tel (800) 705 55 59 Verilux es el principal proveedor de luz para mercados de horticultura, animales exóticos y museos. Tienen la línea completa de luces de amplio espectro, en bombillas y tubos fluorescentes. He usado su caja de luz Happylite varios años y la recomiendo encarecidamente.

The SunBox Company 19217 Orbit Drive Gaithersburg, MS 20879 Tel.: (800) 786 68 50

Presenta unidades de iluminación de excelente calidad, bombillas con todo el espectro, y ofrece detallada y precisa información sobre el uso terapéutico de la luz. Estos artículos también se venden en muchas tiendas de alimentos dietéticos y en empresas de venta por correo de artículos para vida natural. Sunbox también publica una excelente hoja infor-

mativa, *SunNet News,* con los últimos estudios sobre el trastorno afectivo estacional, la luz y la serotonina.

Las bombillas Cromalux, aunque no son de espectro completo, tienen corregido el color de modo que son muy superiores a las bombillas corrientes. Para más información sobre esto y otros productos de iluminación, llamar a Seventh Generation Co., al (800) 456 11 17.

Relajación

Herbert Benson y Miriam Kipper, *The Relaxation Response,* Avon, 1976. [Hay traducción al castellano: *La relajación,* Grijalbo-Mondadori, *1992.]*

Crema de progesterona:

Hay varios proveedores de crema de progesterona al 2 por ciento. He usado los siguientes tres preparados y los encuentro comparables en calidad y eficacia.

ProGest Cream Transitions for Health, Inc.

621 S.W. Alder, Suite 900 Portland, OR 97205 Tel.: (800) 888 68 14 o (503) 226 10 10 Fax: (800) 944 01 68

Fabrica crema y otros productos de progesterona natural, además de ofrecer amplia información. También patrocina estudios de investigación sobre el papel de la progesterona en la prevención e inversión de la Osteoporosis, y publica una hoja informativa gratis, *Natural Solutions,* sobre la salud de la mujer. Esta es la primera marca que he usado y recomendado.

FemGest

Se vende en Doctor's Preferred, Inc.

Tel.: (800) 304 17 40

Esta marca la estoy recomendando actualmente a mis pacientes y subscriptoras de la hoja informativa. Está mejor de precio que las otras y es igualmente eficaz.

PhytoGest Cream

Se vende en Karuna Company

Tel.: (800) 711 67 40

La progesterona natural en cápsulas se consigue en cualquier farmacia especializada en fórmulas.

Suplementos herbolarios chinos

Xiao Yao Wan Plus es un suplemento chino que va bien para el síndrome premenstrual o para los síntomas perimenopáusicos. Contiene la hierba peaonia, conocido tónico femenino. Para encargarlo llamar a Quality Life Herbs, tel (207) 842 49 29.

Depresión

La hierba corazoncillo, hierba de San Juan o hipérico (hipericina 0,3 por ciento) se encuentra en Healthy Directions, tel. (800) 304 17 40, y en las tiendas de alimentos dietéticos. Tomar 300 mg tres veces al día. Mas de veinte estudios clínicos con el método de doble ciego han demostrado que esta *dosis* es tan eficaz como los antidepresivos habituales en el alivio de los síntomas de la depresión, pero se tolera mucho mejor y tiene menos efectos secundarios. El ingrediente activo de la hierba es la hipericina, que aumenta el nivel de los neurotransmisores cerebrales que mantienen el ánimo normal y la estabilidad emocional.

Hemorragia uterina disfuncional

Compresas de aceite de ricino

Las compresas de aceite de ricino son excelentes para sanar los problemas menstruales, las infecciones de las vías urinarias y las molestias intestinales; aplicadas sobre el pecho también pueden aliviar la tos. La duración y frecuencia normal de las aplicaciones es de una hora, tres a cinco veces a la semana. (No usarlas durante los días más abundantes de la regla.) Aplicadas una vez a la semana son también buena medicina preventiva. Se ha demostrado que estimulan y mejoran el funcionamiento del sistema inmunitario.

Una compresa de aceite de ricino consiste en un paño de franela de lana empapado en aceite de ricino aplicado directamente sobre la piel; encima se coloca un plástico y una fuente de calor. Recomendamos una botella o bolsa de agua caliente. Aunque se puede usar una almohadilla termoeléctrica, es preferible una fuente de calor no eléctrica. Una vez hecha la compresa, se puede guardar en una bolsa de plástico durante meses y usarla repetidamente, simplemente añadiéndole más aceite cuando sea necesario.

En Women to Women vendemos aceite de ricino, la franela y bolsas para agua caliente Formentek, con todas las instrucciones; el Wisdom Comfort Pack, que consiste en franela, bolsa Formentec y aceite de ricino, se vende en Phillips Products and Services, tel 800 / 705 55 59. También se pueden encargar aceite de ricino y compresas de franela a Home Health, Inc., tel.: (800) 468 73 13 o a Home Health Products, tel.: (800) 284 91 23.

Preparación de nuestras hijas

Menstrual Health Foundation Womankind P.O. Box 1775 Sebastopol, CA 95473 Tel.: (707) 522 86 62

Fundada por Tamara Slayton, esta organización se dedica a capacitar a las mujeres en el aspecto de la «Matriz Sexual», es decir, los años entre la menarquia y la menopausia. Produce fabulosas revistas y productos para ayudar a todas las mujeres a celebrar sus ciclos; ofrece un curso por correspondencia, Lifecycles Curriculum, para quienes desean enseñar la capacitación del ciclo menstrual; en el curso se da información sobre la entrada en la edad adulta, el significado del ciclo menstrual y la iniciación de la menopausia. También patrocina seminarios para hombres, Fathers and Sons of Fertility. Camp Fertility es un seminario periódico para chicas que van a entrar en su edad adulta, al que asisten solas o acompañadas por sus madres u otras personas importantes de apoyo. Está la muñeca mayor de edad con su equipo. Otra parte del trabajo de la Menstrual Health Foundation es la empresa New Cycles Products, que produce compresas de paño y ropa interior para la menstruación y otros productos ecológicos para el ciclo menstrual.

Capítulo 6: El útero

Endometriosis

Jean Blum, *Woman Heal Thyself: An Ancient Healing System for Contemporary Women,* Charles E. Tuttle, 1995.

Niels H. Lauersen y Constance DeSwann, *The Endometriosis Answer Book: New Hope, New Help,* Fawcett, 1989.

Endometriosis Treatment Program St. Charles Medical Center 2500 N.E. Neff Road Bend, OR 97701 Tel.: (800) 486 63 68

El programa se basa en el tratamiento quirúrgico pionero de la endometriosis desarrollado por el doctor David Redwine. Ha tratado del dolor de la endometriosis a mujeres de todo Estados Unidos y Canadá, enviadas por sus médicos. El centro publica una hoja muy informativa tres veces al año.

The Endometriosis Association International Headquarters 8585 North 76th Place Milwaukee, WI53223 Tel.: (414) 355 22 00

Organización educativa y de red de contactos para las que sufren de endometriosis.

Para proveedores de progesterona natural, véase la sección para el capítulo 5.

Histerectomía

Winnifred Cutler, *Hysterectomy Before and After,* HarperCollins, 1990. Herbert Goldfarb, *The No-Hysterectomy Option: Your Body, Your Choice,* Wiley, 1990.

Dean Harris, *Recovery from a Hysterectomy,* HarperPaperbacks, 1992.

Stanley West, *The Hysterectomy Hoax,* Doubleday, 1994.

Para laboratorios que hacen el análisis hormonal de saliva, véase sección para capítulo 14.

Nambudripad Allergy Elimination Technique (NAET)
Dr. Devi S. Nambudripad 6714 Beach Blvd.
Buena Park, CA 90621
Tel.: (714) 523 08 00 o (714) 523 89 00

La doctora Devi S. Nambudripad, acupuntora y quiropráctica, tiene mucha experiencia personal y profesional en el tratamiento de las alergias. Ha creado un sistema de tratamiento que «reprograma el cerebro» para que la persona pueda librarse de las alergias sin evitar totalmente las substancias alergenas. Ha escrito un libro titulado *Say Goodbye to Allergies* (Delta Publishing, 1993) y prepara a terapeutas en sus innovadoras técnicas. También se ha informado que NAET sana fibromas, endometriosis y otros numerosos trastornos. Escribe o llama para encontrar un terapeuta NAET en tu zona.

Capítulo 7: Los ovarios

Para proveedores de luz de espectro completo, véase sección recursos para capítulo 5.

Asesoramiento genético

Si en tu familia hay un historial de cáncer de ovario, tal vez te convenga determinar si tienes un alto riesgo genético; te recomendaría consultar a un asesor genético, o escribir al Gilda Radner Familial Ovarian Cancer Registry, Roswell Park Cancer Institute, Elm and Carlton Streets, Buffalo, NY 14263, tel. (716) 845 31 10.

Capítulo 8: Recuperación de lo erótico

Mantak Chia y Maneewan Chia, *Cultivating Female Sexual Energy,* Healing Tao Books, 1986.

Patricia Love, *Hot Monogamy: Essential Steps to More Passionate, Intimate Lovemaking,* Dutton, 1995; también está en audiocasete en Sounds True (p. 847).

Charles Muir y Caroline Muir, *Tantra: The Art of Conscious Loving,* Mercury House, 1989. [Hay traducción al castellano: *Tantra: el arte del amor consciente,* Oasis, 1991.]

Josephine Lowndes Sevely, *Eve's Secrets: A New Theory of Female Sexuality,* Random House, 1987.

Proveedores de conos para ejercicios Kegel, véase recursos para capítulo 9 en «Incontinencia urinaria por esfuerzo».

Para Terapia Conductista Dialéctica, véase recursos para capítulo 15.

Capítulo 9: Vulva, vagina, cuello del útero y tracto urinario inferior

Papilomavirus humano

HPV News
American Social Health Association P.O. Box 13827
Research Triangle Park, NC 27709
Tel. para pedir información: (800) 230 60 39
Website: www.sunsite.unc.edu/asha

Soporte educativo de los principales especialistas en papilomavirus de todo el país. Publicaciones, asesoría, grupos de apoyo locales. Ofrece excelente información médica y apoyo emocional para las personas afectadas por papilomavirus y verrugas genitales.

Herpes

Herpes Resource Center
P.O. Box 13827
Research Triangle Park, NC 27709
Tel. rojo: (919) 361 84 88
Website: www.sunsite.unc.edu/asha

El centro, de la American Social Health Association, tiene el servicio de teléfono rojo que da información sobre transmisión, prevención, tratamiento y problemas emocionales relacionados con la infección por herpes. Ofrece también una revista trimestral, *The Helper,* y otras publicaciones, vídeos y audiocasetes sobre herpes genital, y un libro de Charles Ebel, ex director del centro, *Managing Herpes: How to Live and Love with a Chronic STD.*

Ajo: Hay polémica respecto a cuál tipo de ajo es mejor, si fresco o añejo. Los suplementos de ajo fresco son en general más baratos y aportan una dosis mayor de alicina, que es uno de los componentes más beneficiosos del ajo; pero algunas personas prefieren productos de ajo añejo; en mi trabajo he tenido éxito con los dos tipos. Comienza con Garlitrin, y si no da resultados, cambia a Kyolic u otra marca.

Garlitrin 4000 (PhytoPharmica) es un suplemento de ajo que se toma una vez al día; satisface las normas impuestas por la German Kommision E, panel de médicos, toxicólogos y farmacéuticos que regulan los productos herbolarios aplicando las mismas normas estrictas que se aplican a los productos farmacéuticos. Garlitrin 4000 contiene un mínimo de 5.000 mcg de alicina por comprimido; además, esta substancia es inodora. Para prevenir el herpes, toma un comprimido al día; al primer indicio de brote, aumenta a dos o tres al día. Este producto se encuentra en la mayoría de las tiendas de alimentos dietéticos. También lo vende PhytoPharmica, tel (800) 553 23 70.

Kyolic (Wakunga Corporation) es un producto de ajo añejo que he usado durante años. Toma 12 comprimidos al comienzo de los síntomas de herpes y después 4 comprimidos tres veces al día durante cuatro a cinco días o hasta que hayan desaparecido todos los síntomas. Lo vende Wakunga of America Co., Ltd., tel. (800) 421 29 98.

Herpalieve se encuentra en PhytoPharmica o en tiendas de alimentos dietéticos.

Aceite esencial de melaleuca: Este aceite es producto de un árbol del género de las melaleucas que es muy bueno para prevenir brotes de herpes. Aplicar a la zona afectada al primer signo de picor; por lo general con esto se evita el brote. Se puede comprar en Women to Women (pág. 847), o en Melaleuca Co., 3910 So, Yellowstone Highway, Idaho Falls, ID 83402-6003, tel. (208) 522 07 00.

Infecciones vaginales: Tratamientos

Yeast-Gard, Monistat y Gynelotrimín se encuentran en las farmacias corrientes.

Suplementos de acidófilus (Probióticos):

PB8 Pro-Biotic Acidophilus contiene ocho cepas de bacterias amigas y no necesita refrigeración, lo que facilita tomarlo en los viajes. Se encuentra en tiendas de alimentos dietéticos, o llamar a Nutrition Now, tel. (800) 929 04 18.

KyoDophilus es un suplemento probiótico que se presenta en forma masticable y en cápsulas; tampoco necesita refrigeración. Se encuentra en tiendas de alimentos dietéticos o bien llamando a Wakunga of America Co., Ltd., tel. (800) 421 29 98.

Vulvadinia

El libro *Oxalate Levels of Selected Food* se vende por 10 dólares en la librería de la Universidad de California en San Diego; para encargarlo llamar al (800) 520 73 23. La Vulvar Pain Foundation también tiene recetas pobres en oxalato, 433 Ward Street, Graham, NC 27253.

Para el método NAET, véase recursos para capítulo 6.

M. Herzl Melmed, M.D.

701 E. Hampton Avenue Englewood, CO 80110 Tel.: (303) 788 88 08

El doctor Melmed es especialista en el tratamiento de la vulvadinia mediante una dieta sin oxalatos y citrato de calcio.

Benson Horowitz, M.D.

449 Farmington Avenue Hartford, CT 06105 Tel.: (860) 236 54 32

El doctor Horowitz es especialista en el síndrome de dolor vulvar y acepta pacientes de todo el país. Ofrece una amplia variedad de tratamientos eficaces, entre ellos terapia con interferón y antidepresivos, según el estado de la paciente.

Para información sobre el doctor Ladd McNamara, véase más adelante «Vías Uninarias».

National Vulvadynia Association P.O. Box 4491 Silver Spring, MD 20914 Tel.: (301)299 07 75 Fax: (301) 299 39 99

Ofrece una hoja informativa, grupos de apoyo y servicio de información.

Vulvar Pain Foundation 433 Ward Street Graham, NC 27253

Ofrece una hoja informativa, recetas con alimentos pobres en oxalato y grupos de apoyo.

Candida y disbiosis

Candida Research and Information Foundation P.O. Box JF

College Station, TX 77841 Tel.: (409) 694 86 87

Vías urinarias: Infecciones crónicas, recurrentes, o cistitis intersticial

El método NAET (véase recursos para capítulo 6) va bien para la cistitis intersticial.

El doctor Ladd McNamara está realizando pruebas clínicas con un programa nutritivo para la cistitis intersticial. Prácticamente el ciento por ciento de las pacientes que han tenido el problema durante un año o menos han experimentado mejoría en unas tres semanas; si el problema es más crónico suele llevar más tiempo. Este programa también se ha usado con éxito para la vulvadinia; el doctor McNamara informa que también hay un 50 por ciento de mejoría en casos de cansancio crónico y fibromialgia.

El programa usa productos Usana y se basa en los elementos nutritivos que contienen estos suplementos Multivitamínicos: 1 al día Antioxidantes: 1 o 2 dos veces al día Minerales quelados: 1 dos veces al día Proflavonol: 6 a 9 comprimidos al día en dosis repartidas Calcio y magnesio: 2 a 4 dos veces al día

Para encargar productos Usana, véase recursos para el capítulo 17, o bien llamar al (770) 442 55 44.

Dr. Ladd McNamara The Wentz Wellness Cerner 23 65 Oíd Milton Parkway Alpharetta, GA 30004 Tel.: (770) 521 21 40

Incontinencia urinaria por esfuerzo

Ejercicios Kegel:

Para aliviar la incontinencia urinaria por esfuerzo se pueden usar conos vaginales con peso para hacer ejercicios tipo Kegel.

Femina Kegel Cone Kit Phillips Products & Services

Tel. (800) 705 55 59

Este equipo contiene cinco conos Femina de diversos pesos y un vídeo con instrucciones. Pedir la oferta #NF020.

Kegel weights [pesas Kegel]

Self Care Catalog 104 Challenger Drive Portland, TN 37148 Tel.: (800) 345 78 89

Se puede encargar un juego de conos con peso, producto número A5770.

Femtone Cones Convatec Corporation P.O. Box 5250 Princeton, NJ 08543 Tel.: (800) 582 65 14

Conos vaginales de plástico para el tratamiento de la incontinencia urinaria, basados en una antigua técnica china.

Milex Products 5915 Northwest Highway Chicago, IL 60631 Tel.: (800) 621 12 78

Milex dispone de médicos, hospitales y clínicas con varios dispositivos para contribuir a recuperar la continencia estabilizando la base de la vejiga y aumentando la resistencia de la uretra. Entre los productos están el Incontinence Ring [anillo], Incontinence Dish [platillo], Incontinence Dish with Support [platillo con soporte], Kegel (Exercise) Kones [conos] y Perineal Exerciser [ejercitador del perineo].

Reliance Urinary Control Insert and Impress
UroMed Corporation
64 A Street
Needham, MA 02194
Tel.: (617) 433 00 33
Fax: (617) 433 00 32

Reliance es un nuevo dispositivo, de venta sólo a médicos, para controlar la incontinencia urinaria femenina por esfuerzo; está diseñado para prevenir el goteo de orina y es una alternativa a los pañales y la cirugía.

Impress es un dispositivo que se puede aplicar directamente a la uretra para lograr alivio episódico de la incontinencia urinaria.

Las siguientes organizaciones ofrecen amplia información (folletos, libros, audiovisuales) sobre todos los tipos de incontinencia. También mantienen al día una lista de profesionales de la salud formados en la evaluación y tratamiento de la incontinencia

National Association for Continence
P.O. Box 8310
Spartanburg, SC 29305
Tel.: (800) 252 33 37 o bien (864) 579 79 00

Continence Restored 407 Strawberry Hill Avenue Stamford, CT 06902 Tel.: (914) 285 14 70
Enviar un sobre sellado con la propia dirección para pedir información.

Para cremas de estriol, véase la lista de farmacias de fórmulas en «Recursos generales».

Capítulo 10: Los pechos

Christiane Northrup, *Creating Breast Health,* audiocasete. La profesión médica insiste en la importancia de los exámenes de mamas, pero estos «programas de diagnóstico precoz» no suelen hacer otra cosa que generar miedo en las mujeres. La doctora Northrup enseña las habilidades necesarias para dejar de tenerle miedo a las mamas y crear salud; explora la forma de cambiar las creencias respecto a los pechos, de mejorar al máximo la salud de los pechos mediante la nutrición, qué hacer respecto a un historial familiar de enfermedad de las mamas, cómo transformar el examen de mamas rutinario en una experiencia positiva, y mucho más. 90 minutos. Encargarlo directamente a Women to Women o a Sounds True (p. 847).

Dixie Mills, *Honoring Our Breasts: A Guided Self-Exam to Music,* audiocasete. Cirujana de mamas formada en Harvard, la doctora Mills ha trabajado con la doctora Susan Love y en el Mind/Body Institute de Boston; ahora trabaja en Women to Women. El casete contiene una introducción sobre la anatomía de la mama normal, una visualización de las mamas desde el interior y una nueva forma relajada de hacerse el examen de las mamas. Encargarlo directamente a Women to Women. También se puede encargar el artículo «Solving the Mystery of Breast Pain», de la doctora Mills.

Barbara Joseph, *My Healing from Breast Cáncer,* Keats Publishing, 1996. Barbara es una ginecóloga a la que le diagnosticaron cáncer de mama cuando estaba embarazada de su tercer hijo. Su viaje de curación es instructivo, estimulante y útil.

Susan Love, *Dr. Susan Love's Breast Book,* Addison-Wesley, 1990.

Para compresas de aceite de ricino, véase recursos para capítulo 5.

National Lymphedema Network (NLN)
2211 Post Street
San Francisco, CA 94115
Tel.: (415) 921 31 86

Organización no lucrativa de información y contactos para ayudar a pacientes de linfedema, ya sea congénito primario o secundario (posterior a operación o lesión, como mastectomía y disección de ganglio linfático). Publican una hoja informativa muy útil.

Para información sobre programas de restablecimiento hormonal, véase recursos para capítulo 14.

Cáncer de mama
Strang Cáncer Prevention Center 428 East 72nd St.
Nueva York, NY 10021-4601 Tel.: (212) 794 49 00
Si hay preocupación sobre riesgo de cáncer de mama (u otro), recomiendo pedir información a este centro.

Cáncer: From Surviving to Thriving Ti Caine, C.H.T., tel. (818) 995 00 11 Brenda Michaels, tel. (425) 643 04 43
Este es un programa de curación y capacitación para mujeres afectadas por el cáncer. Llamar para más información.

Brenda Michaels, *The Gift of Cáncer.* Para información sobre cómo conseguir este libro, llamar a Brenda Michaels, 5105 145th Place S.E., Bellevue, WA 98006, tel. (425) 643 04 43, fax (425) 643 0507.

The Center for Advancement in Cáncer Education 300 E. Lancaster Avenue, Suite 100 Wynnewood, PA 19096 Tel.: (610) 642 48 10
Geffen Cáncer Center and Research Institute
981 37th Place
Vero Beach, FL 32960
Tel.: (800) 834 47 91 o (561) 770 58 00
Para quienes desean un método más holista y amplio además de los métodos ortodoxos para tratar el cáncer.

Healing Choices 144 St. John's Place Brooklyn, NY 11217 Tel.: (718) 636 44 33
Healing Choices Report ofrece información objetiva y detallada sobre los métodos alternativos más prometedores y sobre médicos para determinados tipos de cáncer. Un sobre de información y catálogo cuesta 5 dólares.

H. M. Bligh Cáncer Research Labs 3333 Green Bay Road North Chicago, IL 60064 Tel.: (847) 578 30 00
Se especializa en inmunoterapia para cáncer de mama.

People Against Cáncer P.O. Box 10 Otho, IA 50569 Tel.: (515) 972 44 44
Organización de base, no lucrativa, de beneficio público, dedicada a buscar nuevas direcciones en la «guerra al cáncer»; distribuye información sobre formas de prevención, diagnosis y terapia innovadoras y no tóxicas.

Can Help
3111 Paradise Bay Road Port Ludlow, WA 98365 Tel.: (360) 437 22 91
Servicio de información y referencias de tratamiento que puede ayudar a tomar decisiones informadas e inteligentes si se busca un primer, segundo o tercer tratamiento.

ECaP (Exceptional Cáncer Patiens, Inc.)
53 School Ground Rd., Unit 3 Branford, CT 06405 Tel.: (203) 315 33 21
Esta organización, fundada por el famoso cirujano holista doctor Bernie Siegel, patrocina retiros y ofrece recursos y apoyo psíquico, habilidades, conocimientos y técnicas de autocuidado para tranquilizar el corazón y aumentar la energía vital para la mejor curación.

H.O.P.E (Healing of Persons Exceptional)
52 High St.
P.O. Box 276
South Paris, Maine 04281
Website: www.hopehealing.org
Este grupo, fundado por el director de Salud Pública doctor Kenneth Hamilton, ofrece apoyo, publicaciones y formación para personas que conviven con una enfermedad crónica o peligrosa para la vida. Su método se basa en el poder sanador de la curación de la actitud.

CoQlO: La coenzima Q10 en forma bioaccesible se vende como Q-gel en Doctor's Preferred, tel. (800) 304 17 40.

Aumento natural del tamaño de los pechos

Athena II, programa en seis casetes para utilizar técnicas de hipnosis para desarrollar y afirmar los pechos, se vende en Athena II, P.O. Box 844, Morton Grove, IL 60053, tel. (888) 405 43 49 (pedir departamento 400).

Capítulo 11: Nuestra fertilidad

Janine Parvati Baker, Conscious Conception, Freestone Publishing, 1986. Candace DePuy, The Healing Choice, Simón & Schuster, 1997. Recomiendo este libro compasivo y esclarecedor a todas las mujeres que buscan orientación e

información más profundamente sanadora sobre el aborto.

Teresa Robertson, C.N.M.
289 Brook Circle Boulder, CO 80302 Tel.: (303) 448 93 31
Teresa, enfermera comadrona titulada, ha asistido partos durante quince años y ahora enseña a la mujer a conectar con su bebé aún no nacido para aliviar las complicaciones del embarazo y del parto. Ofrece clases semanales y se la puede consultar por teléfono. Pienso que su trabajo es la tocología del futuro, que supone conectar intuitivamente con el bebé antes de que nazca y trabajar en sociedad con la conciencia del bebé.

Anticoncepción de urgencia
Reproductive Health Technologies Project tiene un teléfono rojo: 1-800 584
99 11, o bien 1-888-NOT-2LATE (668 25 28). Para más información, contactar con Health Technologies Project, 1818 N St., N.W., Suite 450, Washington, D.C. 20036, tel. (202) 328 22 00.
Para una explicación de todas las opciones de anticoncepción de urgencia y una lista de 1.500 médicos que las ofrecen, pide Emergency Contraception: The Nation's Best-Kept Secret, a Irvington Publishers, tel. (800) 282 54 13.

Concepción consciente
Alice Domar, Healing Mind, Healthy Woman, Doubleday, 1997.
Niravi Payne, The Language of Fertility: A Revolutionary Mind-Body Program for Conscious Conception, Harmony, 1997.

Alice Domar, Ph.D.
Mind/Body Medical Clinic Women's Center Deaconess Hospital Boston, MA 02215 Tel.: (617) 632 95 30
La doctora Domar ofrece una amplia gama de métodos para la reducción del estrés que sirven para controlar los efectos bioquímicos del estrés, entre los cuales está el estrés relacionado con las intervenciones para la fertilidad. También hay casetes.

Niravi Payne, M.S.
Whole Person Fertility Program
99 Remsen St.
Brooklyn, NY 11201
Tel.: (800) 666-HEALTH o bien (718) 625 48 01 Correo elect.: niravi@aol.com
Niravi Payne es una terapeuta que trabaja con la conexión mente-cuerpo de mujeres con problema de infertilidad. El índice de éxito en quedar embarazadas de las mujeres que siguen su programa es muy elevado. También realiza seminarios intensivos de formación para practicantes de terapia de fertilidad mente-cuerpo. Para información sobre terapeutas que trabajan con este programa o sobre el curso de formación, contactar con ella.

Marcelle Pick, R.N.C.
Women to Women (p. 847)
Marcelle Pick se formó con Niravi Payne y actualmente aplica ese valioso programa a las dientas de Women to Women.

Planificación familiar natural
E. L. Billings y y M. Catarinich, *The Atlas of the Ovulation Method,* Ovulation Method Research and Reference Center de Australia, 1989, 5.° edición. Teléfono en Maryland: (301) 897 93 23.
T. W Hilgers, *The Medical Applications of Natural Family Planning: A Contemporary Approach to Women's Health Care,* Pope Paul VI Institute Press, 1991. Tel.: (402) 390 66 00.
Tony Weschler, *Taking Care of Your Fertility: The Definitive Guide to Natural Birth Control and Pregnancy Achievement*, Harper-Collins, 1995.
Mercedes A. Wilson, *The Ovulation Method of Birth Regulation,* Van Nostrand Reinhold, Nueva York, 1981. Tel.: (301) 627 33 46. Manual guía, con ejemplos de gráficas de mujeres de todo el mundo. Escrito por una de las pioneras en la enseñanza en todo el mundo del Método de la Ovulación.

Método de Ovulación:
American Academy of Natural Family Planning
St. John's Mercy Medical Center
Natural Family Planning Department
615 S. New Bailas Street
St. Louis, MO 63141
Tel.: (314) 569 64 95
Usa el Creighton Model Ovulation Method.

Pope Paul VI Institute for the Study of Human Reproduction 6901
Mercy Road Omaha, NE 68106 Tel.: (402) 390 66 00
Ofrece referencias de médicos preparados en la asesoría médica de planificación familiar natural. Anualmente realiza un exhaustivo curso de formación en planificación familiar natural para médicos. La mayoría de los médicos formados en este curso son médicos de cabecera o tocólogos/ginecólogos.

Billings Ovulation Method Association
316 N. 7th Avenue
Street Cloud, MN 56303
Tel.: *(888)* 637 63 71 o (320) 252 21 00
Fax: (320) 252 28 77

Family of the Americas Foundation
P.O. Box 1170
Dunkirk, MD 20754-1170
Tel.: (301) 627 33 46
Método de Ovulación.

Couple to Couple League P.O. Box 111184 Cincinnati, OH 45211-1185 Tel.: (513) 471 20 00
Enseña a las parejas a reconocer la fase fértil de la mujer.

Institute for Reproductive Health Georgetown University
2115 Wisconsin Avenue, Suite 602 Washington, DC 20007 Tel.: (202) 687 13 92
Información y apoyo para la planificación familiar natural.

My Body Fertility Awareness System: Consta de un vídeo, un microscopio para analizar el flujo del cuello uterino y las instrucciones completas. Este sistema, creado por mi colega la doctora Kathy Frye, de orientación holista, ofrece todo lo que la mujer y su pareja necesitan aprender sobre el reconocimiento de la fase fértil y para aplicarlo a su vida. Para encargarlo, llamar a Body Wisdom, tel. (800) 888 98 97
En Body Wisdom se pueden comprar microscopios pequeños, de uso muy extendido en Europa y Japón, y que constituye otra forma para que las mujeres conozcan y por lo tanto hagan el mejor uso de su ciclo de fertilidad.

Mind/Body Program to Enhance Fertility: El Women's Center del Mind/ Body Medical Institute del Deaconess Hospital de Boston también ofrece programas de medicina conductista útiles para aprender una forma eficaz de reducir el estrés. Para referencias e información, llamar al (617) 632 95 30.

Presentación de nalgas, parto prematuro y otras complicaciones del embarazo
Lewis Mehl-Madrona, *Coyote Medicine,* Scribner, 1997
El doctor Mehl-Madrona atiende consultas personales sobre problemas especiales del embarazo, como presentación de nalgas. También da seminarios en todo el país.

Lewis Mehl-Madrona, M.D. Ph.D.
5230 Centre Ave.
Pittsburgh, PA 15232
Tel.: (412) 623 13 65
Correo elect.: madronalm@ssh.edu

Véase también Teresa Robertson (p. 866), enfermera comadrona titulada que enseña a la mujer a conectar con su bebé aún no nacido para aliviar complicaciones de embarazo y de parto.
Aborto espontáneo y muerte del bebé antes o durante el parto
Perinatal Loss
2115 N.E. 18th Avenue Portland, OR 97212 Tel.: (503) 284 74 26 Fax: (503) 282 89 85
Recursos para profesionales que tratan el duelo perinatal. Perinatal Loss publica diversos folletos y otros impresos de recuerdo y conmemoración de hijos que han muerto durante el parto o poco antes.
Bethany Hays, *Early Pregnancy Loss;* se puede encargar a Women to Women (pág. 847).

Capítulo 12: Embarazo y parto

Las profesionales de apoyo durante la labor del parto, o doulas, suelen trabajar bien dentro del sistema médico. Para localizar una en tu zona pregunta a tu médico o comadrona, o llama al departamento de maternidad del hospital local. También puedes contactar con las siguientes organizaciones:

Doulas of North America (DONA)
1100 23rd Ave. East Seattle, WA 98112 Tel.: (206) 325 04 72

Association of Birth Assistants 60 Fern Valley Crest Richmond Hill, Ontario Cañada L4E 2JI Tel.: (416) 773 40 69
Pauline Perez, RN, BSN Cutting Edge Press 415 Bauxhill Katy, Texas 77450 Tel.: (281) 492 17 48
Enfermera experta en apoyo durante la labor del parto, conocida internacionalmente. Colabora con hospitales y maternidades de todo el país sobre la forma de instaurar programas de apoyo durante el parto. Recomiendo las siguientes publicaciones de Pauline: *The Nurturing Touch at Birth: The Labor Support Handbook; Comprehensive Doula Program* (título de un manual para hospitales). Para hablar con ella o encargar sus libros, contactar con Cutting Edge Press.

Marshall Klaus, John Kennell y Phyllis Klaus, *Mothering the Mother: How a Doula Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth*, Addison-Wesley, 1993.

Embarazo
International Childbirth Education Association (ICEA)
P.O. Box 20048 Minneapolis, MN 55420 Tel.: (612) 854 86 60
Educación para el parto e información sobre clases para padres en las diferentes zonas. Ofrece un excelente catálogo de libros y otras informaciones pertinentes. La mayoría de los libros recomendados en este apartado se pueden conseguir en ICEA.

Everywhere a Child Is Born: Songs for Birthing, de Michael Stillwater. Música intuitiva creada para padres que esperan hijos y para toda persona que desee relajarse mientras el espíritu se convierte en vida. Muchas parejas oyen este casete para relajarse al comienzo de la labor del parto. Encargarlo directamente a Women to Women (p. 847).

Baby Hugger Trennaventions 131 Hill Street Derry, PA 15627 Tel.: (888) 770 00 44
Creado por un fisioterapeuta, este producto para mujeres embarazadas ofrece alivio y sostén, alivia los dolores de pelvis, piernas, caderas, espaldas, las várices, el cansancio, la debilidad abdominal, la frecuencia urinaria, los problemas posturales y los dolores anteriores a la labor del parto. Puede prevenir el prolapso y la incontinencia. Cumple los requisitos para pedirlo por seguro médico.

Elizabeth Davis, *Heart and Hands: A Midwife's Guide to Pregnancy and Birth* y *Energetic Pregnancy,* Celestial Arts Press, 1995.
Robbie E. Davis-Floyd, *Birth as an American Rite of Passage,* University of California Press, 1992.
Marshall Klaus y John Kennell, *Parent-Infant Bonding,* Mosby, 1982.
Gayle Peterson, *Birthing Normally,* Shadow & Light, 1991.
Thomas Verney, *The Secret Life of the Unbom Child,* Delacorte Press, Nueva York, 1982. [Hay traducción al castellano: *La vida secreta del niño antes de nacer,* Urano, Barcelona, 1986.]

Journal of Family Life 72 Philip Street Albany, NY 12202 Tel.: (518) 432 15 78 Fax: (518) 462 68 36
Excelente publicación para que las familias se mantengan sanas.
Temas relacionados:
Artículos de la doctora Bethany Hays: «Ectopic Pregnancy»; «How to Avoid Going Overdue»; «Epidural Anesthesia—Blessing or Curse?»; «Cesarean Prevention: What It Will Take»; «Does Everyone Get Baby Blues?»; «How to Make Breast Feeding Work». Encargarlos a Women to Women (p. 851).

Capítulo 13: Maternidad: El vínculo con el bebé

Depresión posparto
Depression After Delivery P.O. Box 278 Belle Mead, NJ 08502 Tel.: (908) 575 91 21
Ofrece publicaciones y servicios para las mujeres que experimentan depresión posparto.

National Association of Pospartum Care Services (NAPCS)
8910 299th Place S.W.
Edmonds, WA 98026
Asociación de profesionales que atienden las responsabilidades prácticas e inquietudes personales de la familia durante el periodo posterior al parto.
Para hipnosis, véase recursos para el capítulo 15

Sequedad vaginal
Véase recursos para capítulo 14.
Circuncisión
National Organization of Circumcision Information and Resource Centers P.O. Box 2512

San Anselmo, CA 94979-2512 Tel.: (415) 488 98 83
Doctors Opposing Circumcision (DOC)
2442 N.W. Market Street, S-42 Seattle, WA 98107
Organización no lucrativa que ofrece publicaciones, vídeos y una hoja informativa para educar a médicos y padres sobre la forma de dejar de perpetuar la práctica de la circuncisión.

Circumcision Resource Center RO. Box 232 Boston, MA 02133 Tel.: (617) 523 00 88 Correo elect.: crc@ziplink.net
Se centra en la circuncisión como práctica cultural estadounidense y práctica religiosa.
Newborn Rights Society St. Peters, PA 19470-0048
Organización no lucrativa que reúne y distribuye información sobre operaciones innecesarias, como se subraya en sus «Derechos de los recién nacidos», con especial énfasis en la conservación de todas las partes presentes normalmente en el cuerpo y el cuidado adecuado del cuerpo normal.

Ronald Goldman, Circumcision: The Hidden Trauma, Vanguard Publications,
1997.
—Questioning Circumcision: A Jewish Perspective, Vanguard Publications,
1998.
Thomas J. Ritter, Say No to Circumcision: Forty Compelling Reasons, Marketscape Books, 1996.

Lactancia
LaLeche League International 1400 North Meacham Rd.
Schaumburg, IL 60173 Tel.: (847) 519 77 30
Esta organización ofrece buena información y apoyo práctico de base para un buen amamantamiento.

International Lactation Consultant Association 4101 Lake Boone Trail,
Suite 201 Raleigh, NC 27607 Tel.: (919) 787 51 81
Organización de profesionales de la salud especializados en promocionar, proteger y apoyar el amamantamiento en todo el mundo.

Mary Renfrew, Chloe Fisher y Suzanne Arms, Bestfeeding: Getting Breastfeeding Rightfor You, Celestial Arts Press, 1995.

Hijos
Kathi J. Kemper, *The Holistic Pediatrician,* Harper Perennial, 1996.

Capítulo 14: La menopausia

Véase también Recursos Generales (Farmacias de fórmulas) y recursos para capítulo 5, especialmente los proveedores de cremas de progesterona al 2 por ciento.

Jean Shinoda Bolen, *Crossing to Avalon: A Woman's Midlife Pilgrimage,* HarperCollins, 1995. [Hay traducción al castellano: *Viaje a Avalon,* Obelisco,
1998.]

Joan Borton, *Drawingfrom the Women's Well,* Innisfree Press, 1992; encargar a Innisfree Press, 136 Roumfort Road, Philadelphia, PA 19119, tel. (215) 247 4085.

Barbara Hand Clow, *The Liquid Light of Sex: Understanding Your Key Life Passages,* Bear and Co., 1991.

Faye Kitchener Cone, *Making Sense of Menopause,* Simón & Schuster, 1993. Magdalen Daniels, *Changing Woman's Workbook: Approaching Menopause as a Joumey of Spiritual Transformation,* Purple Iris Press, 1993.

Sadja Greenwood, *Menopause, Naturally: Preparingfor the Second Half of Life,* Volcano Press, 1996.

Marian Van Eck McCain, *Transformation Through Menopause,* Bergin and Garvey, 1991.

Gail Sheehy, *Menopause: The Silent Passage,* Pocket Books, Nueva York, 1993. [Hay traducción al castellano: *La menopausia,* Plaza y Janés, Barcelona, 1993.]

A Friend Indeed: Newsletter for Women in the Prime of Life A Friend Indeed Publications P.O. Box 1710 Champlain, NY 1219-1710 o bien
Box 515, Place du Pare Station Montreal, Quebec, H2W 2P1, Cañada Tel.: (514) 843 57 30 Fax: (514) 843 49 17

Esta publicación, que aparece ocho veces al año, explora el enfoque científico de la menopausia y los métodos alternativos a la terapia hormonal sustitutiva. Trata de la menopausia prematura, los cambios vaginales atrofíeos, las emociones de la mujer y el tabú de la menopausia.

Menopause News 2074 Union Street San Francisco, CA 94123 Tel.: (800) 241 MENO (63 66)
Esta hoja informativa bimestral que publica entrevistas a muchos tipos diferentes de médicos, información sobre las hormonas naturales, análisis de temas psicológicos relacionados con la menopausia y mucho más.

Menopause, audiocasete de Christiane Northrup. Redefine la menopausia como un periodo de creatividad, integridad y sabiduría. Entre sus temas están: la «gran mentira» sobre la menopausia, la Osteoporosis y la enfermedad cardiaca; opciones de terapia hormonal con nuevas hormonas naturales; dietas especiales que pueden servir para combatir los sofocos e incluso el cáncer, y mucho más. 90 minutos. Encargarlo directamente a Women to Women o a Sounds True (p. 847).

Menopause: Personal Vision... Powerful Voices Kathryn Klein Havens, M.D.
St. Luke's Medical Center Health Science Building 2 2901 Kinnickinnie River Parkway Milwaukee, WI 53215 Tel.: (414) 649 32 83
Mi amiga y colega, la doctora Kayt Havens, ha creado un programa multimedia único que se está usando en un número cada vez mayor de centros médicos para ayudar a las mujeres a pasar por la menopausia de un modo capacitado e informado.

American Menopause Foundation 350 Fifth Averrne, Suite 2822 New York, NY 10118 Tel.: (212) 714 23 98 Fax: (212) 714 12 52
Trabaja con una red nacional de grupos de apoyo que, entre otros temas hablan de tratamientos alternativos.

The North American Menopause Society c/o Department of Obstetrics and Gynecology University Hospitals of Cleveland 11100 Euclid Avenue Cleveland, OH 44106
Ofrece una perspectiva de la tendencia principal en el tratamiento de la menopausia, con listas de lecturas recomendadas y médicos de diferentes zonas especializados en la menopausia.

Tratamiento hormonal individualizado

Muchos médicos y farmacias de fórmulas trabajan en sociedad con sus pacientes para ofrecer soluciones de terapia hormonal sustitutiva individualizada. Pregúntale a tu médico sobre este tipo de atención a medida del cliente; él/ella puede llamar a la farmacia o al programa Restore (véase pág. 876) para consultar con un farmacéutico informado. O puedes contactar con el Wisdom Hormone Support Program (pág. 877)

Análisis hormonal salival para ver el funcionamiento suprarrenal y ovárico: El médico debe pedir este análisis y los resultados se los enviarán a él/ella. Recomiendo pedirle al médico que pida el análisis llamado Adrenal Stress Index [índice de estrés suprarrenal] o Temporal Adrenal Profile [Perfil suprarrenal temporal].

Aeron LifeCycles Laboratory 1933 Davis Street, Suite 310 San Leandro, CA 94577 Tel.: (631) 79 00
Hace análisis de muestras de saliva para niveles de varias hormonas, entre ellas estrógeno, progesterona y testosterona. Ofrece cursos aprobados por la CME para médicos sobre terapia hormonal sustitutiva individualizada.

Great Smokies Diagnostic Laboratory
63 Zillicoa Street
Asheville, NC 28801-1074
Tel.: (800) 522 4762 o bien (704) 253 06 21
Hace análisis salivales hormonales y una amplia gama de otros análisis para comprobar la salud intestinal, cardiovascular y otras. Dispone de equipos, artículos, extractos y otras publicaciones respecto a la metodología de análisis, aplicaciones clínicas y ayudas al paciente.

Técnica Freeze-Frame para elevar el nivel de DHEA:
Institute of HearthMath P.O. Box 1463 14700 West Park Ave.
Boulder Creek, CA 95006 Tel.: (408) 338 87 00
El Institute of HearthMath ha estudiado extensamente la técnica Freeze-Frame, que tiene un efecto equilibrador de las hormonas. Las participantes que practicaron la técnica cinco veces al día lograron aumentar el nivel de DHEA en un ciento por ciento en noventa días. La técnica también equilibra el ritmo cardiaco y disminuye el riesgo de muerte cardiaca súbita. «Pensar con el corazón», comoquiera que uno lo haga, tiene la capacidad de mejorar la salud. Los estudios realizados por HeartMath proporcionan excelente documentación sobre cómo y por qué nuestros pensamientos y emociones cotidianas son esenciales para crear salud física diariamente.

Hormonas naturales

En el Apéndice encontrarás la lista de productos recopilada por mujeres profesionales de la salud.

John R. Lee, *Progesterone: The Múltiple Roles of a Remarkable Hormone,* BLL Publishing, 1993; *Women's Health*, audiocasetes, 1997; se pueden encargar a Transitions for Health, tel. (800) 648 82 11.

John R. Lee y Virginia Hopkins, *What Your Doctor May Not Tell You About Menopause,* Warner Books, 1996.
Programa Restore:
Restore Natural Hormone Replacement Intervention Program
482 Gammon Place
P.O. Box 9641
Madison, WI 53715
Tel.: (800) 558 7046
Website: www.womenshealth.com
Desarrollado por María Ahlgrim, mi colega y farmacéutica desde hace mucho tiempo, este programa ofrece a las mujeres y sus médicos el laboratorio y farmacia que necesitan para una terapia hormonal sustitutiva individualizada. El Wisdom Hormone Program (a continuación) se basa en este modelo y utiliza los mismos servicios.

Wisdom Hormone Program:
Este programa es un acuerdo entre la hoja informativa *Health Wisdom for Women,* Aeron Labs y Madison Pharmacy para llevar la terapia hormonal individualizada a las suscriptoras. La hoja informativa mensual ofrece los datos que necesitan las mujeres para obtener la atención que requieren. Para más información sobre este programa, llamar al (800) 705 55 59.

Sequedad vaginal

Existen numerosos lubricantes naturales excelentes para proporcionar humedad vaginal durante los periodos de cambios hormonales, como el posparto y la perimenopausia.

Recomiendo mucho un producto llamado Sylk, hecho a partir de kiwis, cuya consistencia iguala muy bien las secreciones mucosas normales. Se encuentra en muchas tiendas de alimentos dietéticos. Para más información, llamar a Geneva Marketing, tel. (203) 853 47 73.

Otro excelente lubricante es Créme de la Femme, con base de aceite mineral, que se puede utilizar como vehículo cuando es necesario aplicar hormonas naturales al tejido vaginal (un farmacéutico debe colocar las hormonas en la crema); esta adición de hormonas es adecuada para mujeres menopáusicas y perimeno-páusicas, pero no para después del parto en la mayoría de los casos. Para encargarla o pedir más información, llamar al (800) 776 18 89.

Caída del cabello

Shou Wu Pian es un suplemento eficaz para estimular el crecimiento del cabello en caso de caída durante la menopausia o perimenopausia. Para encargarlo, llamar a Quality Life Herbs, tel (207) 842 49 29.

Suplementos nutritivos chinos

Joyful Change es una fórmula herbolaria china para aliviar los sofocos, los sudores nocturnos, calor en palmas y plantas, dolor de la baja espalda, estreñimiento y reglas muy abundantes. Tomar 3 comprimidos dos veces al día antes de las comidas. Para encargarlo, llamar a Quality Life Herbs (véase entrada anterior).

El suplemento Women's Phase II es una combinación de dong quai, raíz de regaliz, bardana, agripalma y ñame silvestre. Lo ha probado clínicamente la doctora Tori Hudson, naturópata especialista en salud de la mujer. Tomar 2-6 cápsulas al día. Para encargarlo, llamar a Transition for Health, tel. (800) 888 68 14.

Capítulo 15: Pasos para sanar

Imaginar el futuro

Stephen Levine, *A Year to Live,* Harmony, 1997. En su trabajo con miles de personas en su proceso de morir, Stephen y Ondrea Levine descubrieron que enfrentar la muerte suele tener por consecuencia vivir más plenamente que nunca. Recomiendo encarecidamente este libro. Se encuentra en audiocasete en Sounds True (pág. 847).

Hipnosis
Transformational Hypnotherapy Ti Caine, C.H.T.
15446 Deerhorn Road Sherman Oaks, CA 91403-4307 Tel.: (818) 995 00 11
La hipnoterapia transformadora (también llamada hipnoterapia alquímica) es un proceso único que combina el acceso directo al inconsciente mediante hipnosis con las técnicas físicas, emocionales, psíquicas y metafísicas más potentes y eficaces que existen. Esta combinación trasciende la simple eliminación de síntomas y capacita a la persona para hacer cambios profundos y significativos.

Ejercicios de concentración Jerry y Esther Hicks P.O. Box 690070 San Antonio, TX 78269 Tel.: (210) 755 22 29
Jerry y Esther Hicks publican *A New Beginning lyA New Beginning II,* que contienen estimulantes textos de Abraham traducidos por Esther Hicks. Lo abarcan todo, desde cómo crear mediante intención deliberada y cómo descu-

brir la finalidad de la vida hasta el valor de las relaciones con los demás. Escribir o llamar para pedir catálogo.

Paso dos

Joe Dominguez y Vicki Robin, *Your Money or Your Life,* Penguin, 1993. [Hay traducción al castellano: *La bolsa o la vida,* Planeta, Barcelona, 1997.]

Louise L. Hay, *You Can Heal Your Life,* Hay House, 1987. [Hay traducción al castellano: *Usted puede sanar su vida,* Urano.]

Ellen J. Langer, *Mindfulness,* Addison-Wesley, 1989. [Hay traducción al castellano: *Cómo obtener una mentalidad abierta*, Paidós, 1991; Altaya, 1995.] Stephen Levine, *Healing Into Life and Deatb,* Doubleday, 1987. [Hay traducción al castellano: *Sanar en la vida y en la muerte,* Libros del Comienzo, 1996.]

Marti Lynn Matthews, *Pain: The Challenge and the Gift,* Stillpoint, 1991.

Asesoramiento profesional

Una de las mejores maneras de crear salud es trabajar en algo en que se cree de verdad. Muchas lectoras preguntan cómo encontrar trabajo o formación profesional en algo que sea de naturaleza holista. Una de las mejores guías que he visto es *The Leamming Conspiracy: How to Redirect Your Life from Stress to Balance,* de Bob D. MacDonald y Don Hutcheson, Longstreet Press, 1997. El trabajo explicado en el libro también se puede hacer persona a persona en el programa Highlands. Para localizar un centro cercano, llamar al (800) 373 00 83

Lighthouse International Annie Gill-O'Toole 22 Stacey Road Marlborough, MA 01752 Tel.: (508) 624 77 35 Fax: (508) 481 16 24

Annie Gill-O'Toole ha guiado desde hace más de quince años a una amplia variedad de personas y empresas hacia sus destinos elegidos ofreciendo estrategias, asesoría empresarial y formación. Aprovechando una combinación única de verdadera creatividad, dinámica y habilidades administrativas, Annie tiene una impresionante hoja de servicios en ayudar a sus clientes a aumentar de modo espectacular sus consecuciones y equilibrio personales y profesionales. Entre sus servicios se cuentan investigación de mercado, definir los pasos estratégicos siguientes, clarificación de objetivos, planificación y reestructuración de empresas, establecimiento de sanos acuerdos económicos (por ejemplo contratación y reparto de beneficios), preparación de reuniones/seminarios de empresa, transición desde la simple subsistencia o comenzar una empresa a aumentar los beneficios, y mucho más.

Vicki Noble y Jonathan Tenney, *Motherpeace Tarot Playbook,* Wingbow Press, 1986. Para encargarlo, llamar al (510) 632 47 00.

Paso siete

Proprioceptive Writing Center 88 Lexington Ave.
Mezzanine D Nueva York, NY 10016 Tel.: (212) 54 02

Paso ocho

Al-Anon Family Group Headquarters, Inc.
1600 Corporate Landing Parkway Virginia Beach, VA 23454
Tel.: (757) 563 16 00

Este grupo publica un buen número de recursos valiosos, entre ellos *One Day at a Time in Al-Anón y Courage to Change: One Day at a Time in Al-Anón II (7* y 9 dólares respectivamente más 7% para gastos de envío).

DBT (Dialectic Behavioral Therapy)

Marsha Linehan, *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder,* Guilford Press, Nueva York, 1993.

Aunque muchas personas consideran peyorativa la expresión «trastorno fronterizo de personalidad», no hay duda de que las mujeres que llevan esta etiqueta se sienten muy mal y sufren de un inmenso dolor emocional y también físico. Al margen de lo que uno crea sobre la etiqueta «fronterizo», las técnicas desarrolladas por Marsha Linehan para tratar este trastorno son revolucionarias y muy eficaces. Las mujeres que se comprometen a hacer los ejercicios que ofrecen los grupos DBT obtienen una mejoría.

Creo que toda persona que sufra de una enfermedad somática de cualquier tipo, sobre todo si es crónica, puede beneficiarse de las técnicas del método Linehan, aun cuando estén pensadas para personas que sufren de un trastorno mental. Actualmente la mayoría de los principales centros de salud mental ofrecen grupos DBT.

Paso nueve

Mirka Knaster, *Discovering the Body's Wisdom,* Bantam, 1996.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing [Desensibilización y reprocesado de los movimientos de los ojos]
EMDR Centers P.O. Box 141743 Austin,TX 78714-1743
Tel.: (512) 451 69 44 (para información sobre centros en tu zona)

EMDR Institute P.O. Box 51010 Pacific Grove, CA 93950

Tel.: (408) 372 39 00 (para información sobre horarios de sesiones de tratamiento)

Desensibilización y Reprocesado de los Movimientos de los Ojos (EMDR) es un método complejo en ocho fases para tratar los traumas que integra los principales aspectos de la mayoría de las modalidades terapéuticas. Incorporado a un plan de tratamiento exhaustivo, EMDR acelera el tratamiento de patologías provocadas por experiencias traumáticas. El tratamiento EMDR es mucho más que una simple desensibilización, que facilita sentirse menos angustiado por acontecimientos traumáticos. EMDR ayuda a acabar de procesar el trauma. Entre los resultados del tratamiento están un estado emocional más adaptable, una perspectiva cognitiva que incluye la integración de las percepciones y la identificación de formas de vida que pueden guiar los futuros actos del cliente, la adopción de comportamientos útiles y el aumento de una sensación generalizada de capacidad propia.

Sanar del abuso sexual

Ellen Bass y Laura Davis, *The Courage to Heal: A Guide for Women Survivors of Child Sexual Abuse,* Harper Perennial 1989. Caedmon Self-Help Soundbooks ha editado audiocasetes de este libro leído por las autoras. Este libro pionero y serie de casetes son extraordinarios instrumentos de curación para mujeres supervivientes de abuso sexual en la infancia. Explica concienzudamente el proceso de curación. [Hay traducción al castellano del libro: *El coraje de sanar,* Urano, Barcelona, 1995.]

E. Sue Blume, *Secret Survivors: Uncovering Incest and Its Aftereffects in Women,* Ballantine, 1989. Entre otras cosas ofrece una Utilísima lista de mujeres víctimas de incesto.

Diana Russell, *The Secret Trauma,* Basic Books, 1986.

The Healing Woman
P.O. Box 28040
San José, CA 95159
Tel.: (408) 246 17 88
Fax: (408) 247 43 09
Correo electr.: healingw@aol.com
Website: www.healingwoman.com

Hoja informativa quincenal internacional destinada a ayudar a las mujeres a recuperarse de los aniquiladores efectos del abuso sexual en la infancia.

Capítulo 16: Aprovechar al máximo el servicio de asistencia médica

Balnearios de salud bolista

Integral Health 442 Flint Street Reno, NV 89501 Tel.: (800) 993 55 59

Esta organización está creando en todo el mundo balnearios y centros de longevidad que incorporan las últimas técnicas en asistencia médica para una buena salud de por vida. En Mazatlán (México) está el balneario Estrella del Mar, y en Reno (Nevada) el primero de varios centros de longevidad.

Asistencia médica alternativa

Mary Morton y Michael Morton, *Five Steps to Selecting the Best Altemative Medicine: A Guide to Complementary and Integrative Health Care,* New World Library, 1996.

World Research Foundation 20501 Ventura Blvd., Suite 100 Woodland Hills, CA 91364

Tel.: (818) 999 54 83 Fax: (818) 227 64 84

Publica información de todo el mundo sobre temas de salud y métodos alternativos a la medicina ortodoxa. Excelentes reseñas de libros.

Preparación para la operación

Jeanne Achterberg y Barbara Dossey, *Rituals of Healing,* Bantam, 1994.

Linda Paladín, *Ceremonies for Change,* Stillpoint Publishing, 1991.

Health Journeys P.O. Box 5714 Cleveland, OH 44101-0714 Tel.: (800) 86 61 Fax: (216) 623 00 57

Los audio libros de Belleruth Naparstek combinan imágenes sanadoras, música inspiradora y la más actual comprensión de la conexión mente-cuerpo para ocupar la imaginación en el proceso de curación. Entre los temas están: accidente cerebrovascular (derrame), asma, bienestar general, cáncer, depresión, diabetes, dolor, dolor de cabeza, duelo, estrés, operación quirúrgica, pérdida de peso y otros.

Peggy Huddleston, *Prepare for Surgery, Heal Faster,* Angel River Press, 1996.

Angel River Press P.O. Box 1038
North Cambridge, MA 02140 Tel.: (617) 497 94 31 Website: www.healfaster.com

En Phillips Products and Services (tel 800 6 705 55 59) se encuentra el Prepare for Surgery Kit, que contiene el libro de Peggy, audiocasete, aceite esencial de lavanda, árnica homeopática y aceite de vitamina E para la herida.

Reiki Alliance P.O. Box 41 Cataldo, Idaho 83810 Tel.: (208) 682 35 35

Dolor, depresión, enfermedades crónicas

The Page Bailey Institute for the Recovery Sciences P. O. Box 580 Carbondale, CO 81623 Tel.: (800) 460 73 39

Excelente programa educativo que consiste en diez sesiones nocturnas de cuatro horas en que se usa el poder de la percepción para sanar trastornos físicos. Muy recomendable.

Capítulo 17: Sustentarnos con alimentos

Para información sobre luz de espectro completo, véase recursos para capítulo 5.

Para información sobre NAET, véase recursos para capítulo 6.

Para encontrar un practicante de medicina nutricional, contactar con el American College for the Advancement of Medicine o la American Holistic Medical Association (p. 848).

Los libros siguientes han ayudado a miles de personas; personalmente recomiendo en primer lugar *Protein Power.*

Kathleen DesMaison, *Potatoes Not Prozac,* Simón & Schuster, 1998.

Drs. Michael y Mary Dan Eades, *Protein Power,* Bantam, 1996. Esta pareja de médicos son especialistas en nutrición y ayudan a sus clientes a perder exceso de grasa y formar masa corporal magra.

Drs. Richard y Rachael Heller, *The Carbohydrate Addicts Diet,* Dutton, 1993. [Hay traducción al castellano: *Dieta para los adictos a los hidratos de carbono,* Urano, 1993.]

– *Healthy for Life,* Dutton, 1996. Con amplia bibliografía. [Hay traducción al castellano: *Salud para toda la vida,* Urano, 1997.]

Dr. Ladd R. McNamara, *Medical Resource Manual for Nutritional Suplementation,* First Image, 1996; para encargarlo, contactar con Nancy Sheets, 4165 Park Brooke Drive, Alpharetta, GA 30202, tel. (770) 667 12 43.

Corinne Netzer, *Complete Book of Food Counts,* Dell, 1995.

Weston Price, *Nutrition and Physical Degeneration,* Keats Publishing, 1997. Gennen Roth, *Feeding the Hungry Heart,* Signet, 1982.

– *Breaking Free from Compulsive Eating,* Signet, 1984. [Hay traducción al castellano: *Cómo superar la adicción a la comida,* Urano, 1995.]

– *Why Weight? A Guide to Ending Compulsive Eating,* Plume, 1989.

– *When Food Is Love: Exploring the Relationship Between Eating and Intimacy,* Dutton, 1990. [Hay traducción al castellano: *Cuando la comida sustituye al amor*, Urano, Barcelona, 1992.]

– *Appetites: On the Search for True Nourishment,* Dutton, 1996.

Casetes de audio y vídeo

Geneen Roth, *When Food Is Love* (vídeocasetes) y *Breaking Free from Compulsive Eating* (4 audiocasetes). Para encargarlos, contactar con Geneen Roth and Associates, P.O. Box 2852, Santa Cruz, CA 95063, tel. (408) 685 86 01, fax (408) 685 86 02; website: www.geneenroth.com.

Programas de nutrición

Wisdom Nutritionals: Create Health Daily

Este programa completo de suplementos para mujeres, formulado por Christiane Northrup, proporciona un sustento óptimo para la producción hormonal, salud ósea y cardiovascular, buen funcionamiento cerebral y cognitivo y para el metabolismo de las grasas. Este suplemento se pone al día regularmente de acuerdo a los nuevos estudios de investigación. Para encargarlo, llamar a Doctor's Preferred, Inc., tel. (800) 304 17 40.

Advanced Nutritional Research
P.O. Box 807
Ellicottville, NY 14731
Tel.: (800) 836 06 44 o bien (716) 699 20 20
Su Múltiple Support and Mineral Control es un excelente programa nutritivo básico.

Emerson Ecologics 18 Lomar Park Pepperell, MA 01463 Tel.: (800) 654 44 32

Distribuidor con servicio completo de productos nutritivos y de salud de alta calidad, con información para profesionales de la salud.

Usana
4550 South Main Street Salt Lake City, UT 48107

Proveedores de suplementos vitamínicos y minerales de vanguardia. Sus Essencial Nutritionals y Proflavonols son un excelente programa nutritivo básico. Estos productos sólo los venden distribuidores individuales. Para encargarlos, contactar con Phil y Penny Kirk, P.O. Box 776362, Steamboat Springs, CO 80477, tel. (800) 987 94 73 o (970) 871 03 61.

Suplementos proteínicos y opciones para sustituir comidas

Southern California Protein P.O. Box 177141 San Diego, CA 92177 Tel.: (619) 621 94 89

Filtrada al frío para conservar la bioaccesibilidad original de la proteína, esta proteína de suero de leche está totalmente desprovista de lactosa y no contiene aspartame. 20 g de polvo contienen 17 g de proteína.

Amino Plex 24 8929 Lombar Place, Suite 118 San Diego, CA 92122 Tel.: (619) 450 9922

Amino Plex 24 se presenta en dos sabores y hay sin aspartamo. Hay asesoría nutricional gratis al comprar.

Protein 21 Nutrition Bar Nutritional Assistance, Inc.
1010 72nd Street S.E.
Minot, ND 58701
Tel.: (800) 965 90 08

Fórmula elaborada por los doctores Mary Dan y Michael Eades, autores de *Protein Power,* esta barra contiene 21 g de proteína, 8-9,5 g (según el sabor) de hidratos de carbono y 4 g de grasa por porción; contiene proteína de suero de leche y triglicéridos de media cadena; no se le añaden ácidos grasos trans ni sucrosa. Es excelente para llevar en viajes o para sustituir alguna comida.

BioZone

Envión International 472 Amherst Street Nashua, NH 03063 Tel.: (603) 881 78 73

Esta empresa fabrica una barra para sustituir comidas que contiene un 30 por ciento de proteína, un 30 por ciento de grasa y un 40 por ciento de hidratos de carbono. A muchas personas esto les equilibra el nivel de azúcar y de eicosanoides en la sangre durante cuatro a cinco horas. (Hay que tener presente, sin embargo, que este producto contiene demasiado azúcar para ser útil a personas sensibles al azúcar.) Es excelente para viajes. Los productos se comercializan a través de una red de distribución; cuando hagas un pedido directamente a la empresa, menciona a Women to Women.

ProBar 40-30-30 Nutrition Nutritional Concepts P.O. Box 65
Hollis Center, ME 04042 Tel.: (207) 929 33 89

Estas barras, que se presentan en seis sabores, contienen un 30 por ciento de proteína, un 30 por ciento de grasa y un 40 por ciento de hidratos de carbono. En todas se ha analizado el contenido nutritivo y vienen selladas al calor; se pueden enviar a todas partes de Estados Unidos. Dado que no contienen conservantes ni aditivos, es necesario congelarlas o refrigerarlas si se quieren guardar para mucho tiempo.

Organizaciones

Price Pottenger Nutrition Foundation P.O. Box 2614 La Mesa, CA 91943-2614 Tel.: (619) 574 77 63

Esta fundación continúa la obra pionera del doctor Weston Price; trabajando con culturas no industrializadas, el doctor Price demostró en los años treinta los nocivos efectos de las dietas desvitalizadas. La finalidad de la fundación es ofrecer y propagar información básica sobre la nutrición necesaria para eliminar y detener la degeneración física y moral que afecta actualmente a la mayoría de los países desarrollados. Su información educativa es muy recomendable.

William J. Walsh, Ph.D.

Health Research Institute Cari Pfeiffer Treatment Center 1804 Centre Point Drive, Suite 102 Naperville, IL 60563 Tel.: (630) 505 03 00

Especialista en la evaluación nutricional de trastornos del comportamiento como la hiperactividad, el trastorno de falta de atención y las primeras fases de esquizofrenia violenta.

Olive W. Ga;vey Center for Healing Arts 3100 N. Hillside Wichita, KS 67219 Tel.: (316) 682 31 00

Excelentes servicios clínicos para atención de los problemas mencionados en la entrada anterior.

Clases de cocina Jeff Woodward Traditional Cooking Arts 5336 York Avenue South Minneapolis, MN 55410 Tel.: (612) 929 2207

Jeff es el autor de *The Healing Power of Food,* que distribuye. Viaja por todo el país dando clases de cocina en que usa un mayor contenido de proteínas que la ración normal vegetariana; se pueden organizar clases en tu zona. También vende excelentes libros y utensilios de cocina y productos para cocinar.

Alimentos de cultivo orgánico o biológico

A excepción del aceite de oliva (busca aceite de oliva virgen extra), es bastante difícil encontrar aceites sanos que no contengan ácidos grasos trans. Una de las marcas más fiables es Barlean's Organic Oils, que se encuentran en muchas tiendas de alimentos dietéticos; también se puede llamar a Barlean's, al (800) 445 35 29.

Walnut Acres Organic Farms Penns Creek, PA 17862 Tel.: (800) 344 90 25 Fax: (717) 837 11 46

Análisis de laboratorio para determinar el consumo individual óptimo de nutrientes

Carbón Based Corporation 920 Incline Way, Suite 2-C Incline Village, NV 89451 Tel.: (702) 832 84 85

El Carbón Based Blood Test Report [Análisis de sangre basado en el carbono], que emplea técnicas pendientes de aprobación, proporciona una gráfica fácil de entender de los resultados del análisis de sangre. En el informe aparecen los comportamientos bioquímicos anormales, las interacciones y contraindicaciones de los fármacos, informes subconjuntos, metabolismo de los fármacos y visión de conjunto de estructura/informes. Esto sirve a la persona y su médico para elaborar un programa de suplementos si está indicado.

Recursos para dejar de fumar

Para acupuntura, véase recursos para capítulo 5.

Sulfonil: Suplemento que puede disminuir los deseos de fumar. Se encuentra en Sound Nutrition, tel. (800) 844 66 45.

Técnica Lenair:

The Lenair Technique 75 Scotland Road Newbury, MA 01951 Tel.: (508) 465 77 11

La técnica Lenair es un potente tratamiento que combina las modalidades bioeléctrica y electromagnética. Se accede a estos dos componentes para detectar y corregir frecuencias o impulsos eléctricos que se han rebelado en el organismo produciendo síntomas adictivos o de descontrol. La exposición a elevado grado de radiación electromagnética (cables de transmisión de alto voltaje, terminales de ordenadores, rayos X, etc.) pueden intensificar estos problemas. El tratamiento invierte estas condiciones y permite que el cuerpo vuelva a un estado de normalidad eléctrica.

Capítulo 18: El poder del movimiento

John Douillard, *Body, Mind, and Sport: The Mind-Body Guide to Lifelong Fitness and Your Personal Best,* Crown, 1994.

Miriam Nelson con Sarah Wernick, *Strong 'Women Stay Young,* Bantam, 1997.

Para aprender más sobre respirar bien durante el ejercicio y aumentar la eficiencia y capacidad de relajación del cuerpo, recomiendo la obra de John Douillard. Enseña su método en su centro LifeSpa, que también ofrece servicios completos de balneario y rejuvenecimiento.

LifeSpa

3065 Center Green Drive, Suite 110 Boulder, CO 80301 Tel.: (303) 442 11 64

Respiración

International Breath Institute 2525 Arapahoe Avenue, Suite E4-287

Boulder, CO 80302 Tel.: (303) 444 86 15

Judy Taché 13R Al Street Derry, NH 03038 Tel.: (603) 432 1548

Judy Taché es enfermera titulada especializada en hacer pasar a sus clientes por un proceso llamado Respiración Transformadora, que alivia el estrés, aumenta la capacidad pulmonar y va bien para vivir con más plenitud. Personalmente he disfrutado de muchas sesiones con Judy y recomiendo mucho su trabajo por su capacidad sanadora.

Notas bibliográficas y aclaratorias

Capítulo 1: El mito patriarcal y el sistema adictivo

1. Jamake Highwater, *Myth and Sexuality* (Penguin, Nueva York, 1988), pp. 8-9.

2. Anne Wilson Schaef, *The Addictive Organization* (Harper, San Francisco, 1988), p. 58.

3. David Sadker, Myra Sadker y Sharon Epperson, «Studies Link Subtle Sex Bias in Schools with Women's Behavior in the Workplace», *The Wall Street Journal,* 16 de septiembre de 1988. Véase también American Association of University Women, *Shortchanging Girls, Shortchanging America* (Washington, D.C., 1991), y *How Schools Shortchange Girls* (Educational Foundation and National Educación Foundation, Washington, D.C., 1992).

4. Simone de Beauvoir, *Le deuxiéme sexe,* editado en inglés por Alfred A. Knopf, Nueva York, 1953. [Hay traducción al castellano: *El segundo sexo,* Cátedra, Madrid.]

5. Anne Wilson Schaef, *Women's Reality: An Emerging Female System in a White Male Society* (Winston Publishers, Minneapolis, 1985), p. 23.

6. Anne Wilson Schaef y Diane Fassel, *The Addictive Organization,* (Harper, San Francisco, 1988.)

7. J. A. Pritchard y P. C. MacDonald, *Williams Ohstetrics,* (Appleton-Century-Crofts, Nueva York, 1980,) 16[1] edición. [Hay traducción al castellano: *Williams. Obstetricia,* Salvat, Barcelona, 1984.]

8. Sonia Johnson, *Going Out of Our Minds: The Metaphysics of Liberation* (Crossing Press, Freedom [California], 1987), p. 267.

9. Datos de Oxfam America, 115 Broadway, Boston, Massachusetts 02116.

10. B. Grad y otros, «An Unorthodox Method of Treatment on Wound Healing in Mice», *International Journal of Parapsychology,* vol. 3 (verano de 1961), pp. 5-24. Este estudio, muy bien elaborado, demostró que la curación de heridas en ratones se aceleraba de manera importante cuando un supuesto sanador pasaba las manos por encima de la jaula del animal.

11. Randolph C. Byrd, «Positive Therapeutic Effects of Intercessory Prayer in a Coronary Care Unit Population», *Southern Medical Journal,* vol. 81, núm. 7, julio de 1993, pp. 826-829.

12. Citado en *Health,* vol. 6, núm. 2 (abril de 1992). Informes sobre médicos tomados de «Unhealthy Doctors», artículo publicado por la Facultad de Medicina de la Universidad de California en Los Ángeles.

13. Stephen Hall, «Cheating Fate», *Health,* vol. 6, núm. 2 (abril de 1992), p. 38. Todos los médicos han visto por lo menos unos pocos casos de «remisión espontánea» y cada año estos casos aparecen en la bibliografía médica, pero en lugar de estudiarlos, con demasiada frecuencia no se les hace caso. Su existencia desafía los credos del sistema médico.

14. Thomas E. Andreoli y otros, *Cedí: Essentials of Medicine* (W. B. Saunders and Co., Filadelfia, 2.ª edic., 1990), pp. 422-423. [Hay traducción al castellano: *Compendio de medicina interna de Cecil,* McGraw-Hill / Interamericana de España, Aravaca, 1994.]

15. J. M. Thorp y W. A. Bowes, «Episiotomy: Can Its Routine Use Be Defended?», primera parte, *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 160, núm. 5 mayo de 1989, pp. 1027-1030; y S. B. Thacker y H. D. Banta, «Benefits and Risks of Episiotomy: An Interpretive Review of the English Literature, 1860-1980», *Obstetricand Gynecological Survey,* vol. 36,1983, pp. 322-338.

16. Anne Wilson Schaef, *When Society Becom.es an Addict* (Harper San Francisco, 1987), p. 72.

17. Clarissa Pinkola Estes, Women Who Run with the Wolves: Myths and Stories ofthe Wild Woman Archetype (Ballantine, Nueva York, 1992), p. 33.

18. Comencé a comprender el sistema adictivo cuando oí hablar por primera vez de la codependencia. Pero después he comprendido que, si queremos que sea útil para ayudar a las personas, este concepto necesita más clarificación. Codependencia es un término turbio que nos deja estancadas porque describe el comportamiento sólo en relación a otra persona. Por ejemplo: «Si no fuera por el alcoholismo de mi marido, mi vida sería fabulosa». Llamar codependiente a una persona no identifica su comportamiento como el problema. «Adicción a la relación» es una expresión mucho más exacta, porque se refiere al com-

portamiento autodestructivo que sólo esa persona puede cambiar. Véase Anne Wilson Schaef, *Escape from Intimacy: Untangling the «Love» Addictions: Sex, Romance, and Relationships,* Harper, San Francisco, 1990. [Hay traducción al castellano: *Recobra tu intimidad,* Edaf, Madrid, 1993.] Podemos estar seguras de que una relación que sólo podemos conservar poniendo al final nuestras necesidades o fingiendo que no tenemos ninguna necesidad, no es sana, para empezar. Este tipo de relación insana es una relación adictiva.

19. Schaef, *When Society Becom.es an Addict,* p. 72 (véase nota 16).

20. Patricia Reis, «The Women's Spirituality Movement: Ideas Generated and Questions Asked», ponencia presentada en el seminario feminista, Proprioceptive Writing Center, Maine, 3 de diciembre de 1990.

Capítulo 2: La inteligencia femenina y una nueva modalidad de sanación

1. Stephanie Field y otros, *Science News,* vol. 127, núm. 301, reseñado en *Brain/Mind Bulletin,* 9 de diciembre de 1985.

2. Marshall H. Klaus y John H. Kennell, *Parent/Infant Bonding,* C. V. Mosby Co., St Louis, 1982,2.a ed.

3. L. F. Berman y S. L. Syme, «Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-Year Follow-up of Alameda County Residents», *American Journal of Epidemiology,* vol. 109,1978, pp. 186-204.

4. Jeanne Achterberg, Imagery in Healing: Shamanism and Modem Medicine, Shambhala, Boston, 1985.

5. Candace Pert, Molecules of Emotion: Wby You Feel the Way You Feel, Scribner, Nueva York, 1997.

6. Anne Moir y David Jessel, *Brain Sex* (Carol Publishing Co., Lyle Stuart Book, Nueva York, 1991), p. 195. [Hay traducción al castellano: *El sexo en el cerebro,* Planeta, Barcelona, 1991.]

7. Robert Bly y Deborah Tannen, «Where Are Women and Men Today», *New Age,* enero-febrero de 1992, p. 32.

8. S. J. Schleifer y otros, «Depression and Immunity: Lymphocyte Function in Ambulatory Depressed Patients, Hospitalized Schizophrenic Patients, and Patients Hospitalized for Herniorrhaphy», *Archives of General Psychiatry,* vol. 42, 1985, pp. 129-133.

9. J. K. Kiecolt-Glaser y otros, «Stress, Loneliness, and Changes in Herpes Virus Latency», *Journal of Behavioral Medicine,* vol. 8, núm. 3,1985, pp. 249-260.

10. Las siguientes enfermedades del sistema inmunitario afectan a las mujeres con mucha más frecuencia que a los hombres (entre paréntesis el porcentaje de pacientes que son mujeres): Lupus eritematoso sistémico (90 por ciento); miastenia grave (85 por ciento); tiroiditis autoinmune (80 por ciento); artritis reumatoidea (75 por ciento); esclerosis múltiple (70 por ciento).

11. S. F. Maier y otros, «Opiate Antagonists and Long-Term Analgesic Reaction Induced by Inescapable Shock in Rats*Journal of Comparative Physiology and Psychology,* vol. 4, diciembre de 1980, pp. 1177-1183; M. L. Laudenslager, «Coping and Immunosuppression: Inescapable but Not Escapable Shock Suppresses Lymphocyte Proliferation», *Science,* agosto de 1983, pp. 568-570; Steven E. Locke y otros, «Life Change Stress, Psychiatric Symptoms and Natural Killer Cell Activity», *Psychosomatic Medicine,* vol. 46, núm. 5, 1984, pp. 441-453; B. S. Linn y otros, «Degree of Depression and Immune Responsiveness», *Psychosomatic Medicine,* vol. 44,1982, p. 128.

12. R. J. Weber y C. B. Pert, «Opiatergic Modulation of the Immune System», en E. E. Muller y Andrea R. Genazzani (eds.), *Central and Peripheral Endorphins* (Raven Press, Nueva York, 1984), p. 35.

13. R. L. Roessler y otros, «Ego Strenght, Life Changes, and Antibody Titers», ponencia presentada en la reunión anual de la American Psychosomatic Society, Dallas (Texas), 25 de marzo de 1979.

14. Ellen Langer, *Mindfulness,* (Addison-Wesley, Reading [Massachusetts], 1989), pp. 100-113.

15. Maude Guerin, «Psychosocial Lecture Notes», Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad Estatal de Michigan, Lansing (Michigan), 1991.

16. Elisabeth Kübler-Ross, *On Deatb and Dying,* Macmillan, Nueva York, 1969. [Hay traducción al castellano: *Sobre la muerte y los moribundos,* Grijalbo, Barcelona, 1993.]

Capítulo 3: La guía interior

1. Stephen Sullivan, «Inhibition of Salivary and Lacrimal Secretion by an Enkephalin Ana-

logue», *American Journal of Psychiatry,* vol. 139, núm. 3, marzo de 1982, pp. 385-386.

2. W. H. Frey y otros, «Effect of Stimulus on the Composition of Tears», *American Journal of Ophtalmology,* vol. 92, núm. 4,1982, pp. 559-567.

3. Olga y Ambrose Worrall, *The Gift of Healing,* Ariel Press, Columbus (Ohio), El trabajo de Olga Worrall, sanadora intuitiva de fama mundial, fue estudiado y documentado por médicos de la Facultad de Medicina Johns Hopkins. El libro se puede encargar a Ariel Press, P.O. Box 30975, Columbus, OH 43230. Su trabajo lo continúa actualmente el doctor Robert Leichtman. Edgar Cayce es otro famoso intuitivo médico.

4. Marilyn Ferguson, «Commentary: Waking Up in the Dark», *Brain/Mind and Common Sense,* abril de 1993, p. 3.

5. Fox, citado en Michael Toms, «Renegade Priest: An Interview with Matthew Fox», *The Sun,* núm. 89, agosto de 1991, p. 10.

Capítulo 4: El sistema energético femenino

1. Graham Bennette, «Psychic and Cellular Aspects of Isolation and Identity Impairment in Cáncer», *Annals of the New York Academy of Sciences,* vol. 131,1972, pp. 352-363.

2. C. E. Wenner y S. Weinhouse, «Diphosphopyridine Nucleotide Requirements of Oxidations by Mitochondria of Normal and Neoplastic Tissues», *Cáncer Research,* vol. 12, 1952, pp. 306-307.

3. Aquí me refiero a patrones comunes. Algunas enfermedades son misteriosas, casi arquetípicas, y no entran en los patrones personales de que hablo en esta sección.

4. D. B. Clayson, *Chemical Carcinogenesis,* Churchill Publishers, Londres, 1962.

5. Caroline B. Tilomas y K. R. Duszynski, «Closeness to Parents and the Family Constellation in a Prospective Study of Five Disease States: Suicide, Mental Illness, Malignant Tumor, Hypertension, Coronary Heart Disease», *Johns Hopkins Medical Journal,* vol. 134,1974, pp. 251-270.

6. Véase Norm Shealy y Caroline Myss, *The Creation of Health,* (Stillpoint Publications, Walpole [New Hampshire], 1988). [Hay traducción al castellano: *La creación de la salud,* Luciérnaga, Barcelona, 1998], y también C. Miss, *The Anatomy of Spirit,* (Harmony Books, Nueva York, 1996). [Hay traducción al castellano: *Anatomía del espíritu,* Ediciones B, Barcelona, 1997], libros que entran en muchos más detalles sobre el sistema de energía humano. El doctor Shealy, neurocirujano fundador del Colegio Médico Holista de Estados Unidos, ha realizado extensas investigaciones sobre la medicina energética con Caroline Myss. Intuitiva médica de fama mundial, a Myss le basta con conocer el nombre y la edad de una persona para hacerle una lectura diagnóstica completa; la persona puede encontrarse en cualquier parte del mundo. Durante años ha hecho esto con mis pacientes, cuyos trastornos físicos estaban relacionados con su anatomía energética. La capacidad intuitiva de Caroline Myss le apareció repentina y muy inesperadamente en su vida. Con anterioridad, no había estado interesada en la salud ni en la sanación, y durante un tiempo después de la aparición de su don, estuvo «enfadada con Dios» por haberla cargado con él. A mediados de los años ochenta el doctor Shealy comprobó científicamente su capacidad y su precisión en el Instituto Shealy, y ella comenzó a trabajar y escribir con él. Gran parte del material de este capítulo está basado en sus ideas. En la segunda edición (revisada y ampliada) de mi libro, en la puesta al día del material me ayudó Mona Lisa Schulz, doctora en psiquiatría y especialista en neurociencia conductista, con un amplio historial a sus espaldas como investigadora. También es intuitiva médica y responsable de investigación de la revista *Health Wisdom for Women.*

7. G. A. Bachmann y otros, «Childhood Sexual Abuse and Consequences in Adult Women», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 71, núm. 4, 1988, pp. 631-641.

8. R. C. Reiter y otros, «Correlation Between Sexual Abuse and Somatization in Women with Somatic and Nonsomatic Pain», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 165, núm. 1, 1991, p. 104.

9. Entre los estudios científicos que apoyan esta premisa se encuentra M. Tarlau y M. A. Smalheiser, «Personality Patterns in Patients wigh Malignant Tumors of the Breast and Cervix», *Psychosomatic Medicine,* vol. 13,1951, p. 117. En ese estudio de pacientes de cáncer de cuello del útero, la mayoría tenían sentimientos negativos hacia las relaciones heterosexuales. La mayor parte de ellas tenían un alto índice de experiencias sexuales prematrimoniales, y casi el 75 por ciento habían acabado uno o varios matrimonios con divorcio o separación.

10. «Las diferencias respecto a la imagen corporal entre las mujeres del grupo con cánceres exter-

nos y del grupo con cánceres internos parecen reflejar diferencias básicas en la orientación de la personalidad.» S. Fisher y S. E. Cleveland, «Relationship of Body Image to Site of Cáncer», *Psychosomatic Medicine,* vol. 18, núm. 4,1956, p. 309.

11. Tarlau y Smalheiser, «Personality Patterns» (véase nota 9).

12. J. I. Wheeler y B. M. Caldwell, «Psychological Evaluation of Women with Cáncer of the Breast and Cervix», *Psychosomatic Medicine,* vol. 17, núm. 4,1955, pp. 256-260; M. Reznikoff, «Psichological Factors in Breast Cáncer: A Preliminary Study of Some Personality Trends in Patients with Cáncer of the Breast», *Psychosomatic Medicine,* vol. 17,1955, p. 96; y A. H. Labrum, «Psychological Factors in Gynecologic Cáncer», *Primary Care,* vol. 3, núm. 4, 1976, pp. 811-824.

Capítulo 5: El ciclo menstrual

1. E. Hartman, «Dreaming Sleep (The D State) and the Menstrual Cycle», *Journal of Nervous and Mental Disease,* vol. 143,1966, pp. 406-416; y E. M. Swanson y D. Foulkes, «Dream Content and the Menstrual Cycle», *Journal of Nervous and Mental Disease,* vol. 145, núm. 5,1968, pp. 358-363.

2. F. A. Brown, «The Clocks: Timing Biological Rhythms», *American Scientist,* vol. 60,1972, pp. 756-766; M. Gauquelin, «Wrangle Continúes over Pseudoscientific Nature of Astrology», *New Scientist,* 25 de febrero de 1978; W. Menaker, «Lunar Periodicity in Human Reproduction: A Likely Unit of Biological Time», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 77, núm. 4,1959, pp. 905-914; y E. M. Dewan, «On the Possibility of the Perfect Rhythm Method of Birth Control by Periodic Light Stimulation», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 99, núm. 7,1967, pp. 1016-1019.

3. R. P. Michael, R. W. Bonsall y P. Warner, «Human Vaginal Secretion and Volatile Fatty Acid Content», *Science,* vol. 186,1974, pp. 1217-1219.

4. Charles Wira, «Mucosal Immunity: The Primary Interface Between the Patient and the Outside World», en el manual «The ABC's of Immunology», Dartmouth Hitchcock Medical Center, 20-21 de septiembre de 1996.

5. E. Hampson y D. Kimura, «Reciprocal Effects of Hormonal Fluctuations on Human Motor and Perceptual Skills», *Behavioral Neuroscience,* vol. 102, 1988, pp. 456-459.

6. Wira, «Mucosal Immunity...», art. cit. (véase nota 4).

7. Demetra George, ***Mysteries of the Dark Moon: The Healing Power of the Dark Goddess*** (Harper, San Francisco, 1992), pp. 70-71.

8. Menaker, «Lunar Periodicity...», art. cit. (véase nota 2).

9. Información lunar adaptada de Caroline Myss.

10. Hartman, «Dreaming Sleep», y Swanson y Foulkes, «Dream Content» (véase nota 1).

11. M. Altemus, B. E. Wexler y N. Boulis, «Neuropsychological Correlates of Menstrual Mood Changes», *Psychosomatic Medicine,* vol. 51,1989, pp. 329-336.

12. Therese Benedek y Boris Rubenstein, «Correlations Between Ovarían Activity and Psychodynamic Processes: The Ovulatory Phase», *Psychosomatic Medicine,* vol. 1, núm. 2, 1939, pp. 245-270.

13. Bernard C. Gindes, «Cultural Hypnosis of the Menstrual Cycle», en *New Concepts of Hypnosis,* George Alien Press, Londres, 1953.

14. Diane Ruble, «Premenstrual Symptoms: A Reinterpretation», *Science,* vol. 197,15 de julio de 1977, pp. 291-292.

15. Para más información, véase Riane Eisler, *The Chalice and the Blade: Our History, Our Future* (Harper, San Francisco, 1988). (Hay traducción al castellano: *El cáliz y la espada: la alternativa femenina,* H. F. Martínez de Murguía, Madrid, 1996); y Marija Gimbutas, *Godessesand Godsof OídEurope, 7000 to3500B.C.,* (University of California Press, Berkeley y Los Ángeles, 1982). [Hay traducción al castellano: *Dioses y diosas de la vieja Europa, 7000-3500 a.C.].* La degradación de la sabiduría femenina sucedió de forma gradual. Cuando llegaron los colonos europeos a lo que sería Estados Unidos, había diversas actitudes hacia la mujer entre las tribus aborígenes. Algunas las degradaban a ellas y a sus procesos corporales, apartándolas y avergonzándolas, mientras que otras reverenciaban la sabiduría femenina.

16. El mérito de la expresión «oficios del sexo femenino» recae en Tamara Slayton. Véase también Brooke Medicine Eagle, «Women's Moontime: A Cali to Power», *Shaman's Drum,* vol. 4, primavera de 1986, p. 21.

17. P. L. Brown and W. M. O'Neil, citados en P. Shuttle y P. Redgrove, *The Wise Wound* (Grove, Nueva York, 1986).

18. Citado por el doctor Ronald Norris en una conferencia sobre el síndrome premenstrual, Rockland (Maine), noviembre de 1982.

19. R. Loudall, P. Snow y J. Johnson, «Myths about Menstruation: Victims of Our Folklore», *International Journal of Women's Studies,* vol. 1, 1984, p. 70; W. M. O'Neil, *Time and the Calendars,* Manchester University Press, Manchester, 1976; P. L. Brown, *Megaliths, Myths and Men: An Introduction to Astro-Archeology,* (Blandford Press, 1976).

20. Dr. John Goodrich, conferencia sobre ginecología adolescente, Centro Médico de Maine, Portland (Maine), 29 de julio de 1992.

21. Copiado de un papel inserto en una caja de Tampax; me lo dio Gina Orlando.

22. Michael, Bonsall y Warner, «Human Vaginal Secretion» (véase nota 3).

23. M. K. McClintock, «Menstrual Synchrony and Suppression», *Nature,* vol. 299,1971, pp. 244-245.

24. M. C. P. Rees, A. Anderson y otros, «Prostaglandins in Menstrual Fluid in Menorrhagia and Dysmenorrhea», *British Journal of Obstetrics and Gynaecology,* vol. 91,1984, p. 673.

25. Z. Harel, F. M. Biro, R. K. Kottenhahn y S. L. Rosenthal, «Supplementation with Omega-3 Fatty Acids in the Management of Dysmenorrhea in Adolescents», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 174,1996, pp. 1335- 1338.

26. G. E. Abraham, «Nutritional Factors in the Etiology of the Premenstrual Tensión Syndromes», *The Journal of Reproductive Medicine,* vol. 28, núm. 7,1983, pp. 446-464.

27. F. Facchineti y otros, «Magnesium Prophylaxis of Menstrual Migraine», *Headache,* vol. 31, 1991, pp. 298-304; F. Facchinetti y otros, «Oral Magnesium Success-fully Relieves Premenstrual Mood Changes», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 78, núm. 2, agosto de 1991, pp. 177-181.

28. E. B. Butler y E. McKnight, «Vitamin E in the Treatment of Primary Dysmenorrhea», *Lancet,* vol. 1,1955, pp. 844-847.

29. Joseph M. Helms, «Acupuncture for the Management of Primary Dysmenorrhea», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 69, núm. 1, enero de 1987, pp. 51-56.

30. El diagnóstico «estancamiento del hígado» o «*chi* del hígado bloqueado» está respaldado por el hecho de que se ha demostrado que estas hierbas normalizan el nivel elevado de enzimas hepáticas. Margaret Naeser, «Outline Guide to Chinese Herbal Patent Medicines in Pili Form—with Sample Pictures of the Boxes: An Introduction to Chinese Medicine»; se puede encargar a Boston Chinese Medicine Society, P.O. Box 5747, Boston, MA 02114.

31. Durante el ciclo menstrual, el exceso de epinefrina liberada por el estrés (lo que se llama «sobremarcha autónoma») puede alterar el equilibro natural del sistema nervioso autónomo. E. W. Winenman, «Autonomic Balance Changes During the Human Menstrual Cycle», *Psychophysiology,* vol. 8, núm. 1,1971, pp. 1-6.

32. En la bibliografía médica no hay ninguna definición uniformemente unánime del síndrome premenstrual, por lo que muchos estudios sobre la incidencia de este trastorno no están de acuerdo. Al margen de la definición médica, la experiencia de miles de mujeres cuando se acerca la menstruación es de sufrimiento emocional y físico. R. L. Reid y S. S. Yen, «Premenstrual Syndrome», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 139,1981, p. 86.

33. Ronald Norris, «Progesterone for Premenstrual Tensión», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 28, núm. 8, agosto de 1983, pp. 509-515.

34. D. L. Jakubowicz, E. Godard y J. Dewhurst, «The Treatment of Premenstrual Tensión with Mefenamic Acid: Analysis of Prostaglandin Concentration», *British Journal of Ohstetrics and Gynaecology,* vol. 91,1984, p. 78.

35. En un estudio, las pacientes de síndrome premenstrual consumieron cinco veces más productos lácteos que las mujeres del grupo de control, que no sufrían este trastorno. El exceso de calcio de los productos lácteos puede obstaculizar la absorción del magnesio. G. S. Goci y G. E. Abraham, «Effect of Nutritional Supplement [...] on Symptoms of Premenstrual Tensión», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 1982, pp. 527-531.

36. A. M. Rossignol, «Caffeine-Containing Beverages and Premenstrual Syndrome in Young Women», *American Journal of Public Health,* vol. 75, núm. 11, 1985, pp. 1335-1337.

37. B. L. Snider y D. F. Dietman, «Pyridoxine Therapy for Premenstrual Acné Fiare», *Archives of Dermatology,* vol. 110, julio de 1974; G. E. Abraham y J. T. Hargrove, «Effect of Vitamin B on Premenstrual Tensión Syndrome: A Double Blind Crossover Study», *Infertility,* vol. 3, 1980, p. 155; M. S. Biskind, «Nutritional Deficiency in the Etiology of Menorrhagia, Cystic Mastitis, Premenstrual Syn-

drome, and Treatment with Vitamin B Complex», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 3, 1943, pp. 227-334; y R. W. Engel, «The Relation of B Complex Vitamins and Dietary Fat to the Lipotropic Action of Choline», *Journal of Biological Chemistry,* vol. 37, 1941, p. 140.

38. D. G. Williams, «The Forgotten Hormone», *Altematives,* vol. 4, núm. 6,1991, p. 11.

39. B. L. Denrefer y otros, «Progesterone and Adenosine 3, 5'Monophosphate Formation by Isolated Corpora Lútea of Different Ages: Influence of Human Chorionic Gonadotropin and Prostaglandins», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 3,1943, pp. 227-234.

40. B. R. Goldin y otros, «Estrogen Excretion Patterns and Plasma Levels in Vegetarían and Omnivorous Women», *New England Journal of Medicine,* vol. 307,1982, pp. 1542-1547; B. R. Goldin y otros, «Effect of Diet on Excretion of Estrogens in Preand Post-Menopausal Women», *Cáncer Research,* vol. 41,1981, pp. 3771-3773.

41. G. E. Abraham, «Nutritional Factors in the Etiology of the Premenstrual Tensión Syndromes», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 28,1983, p. 446; M. Lubran y B. Abraham, «Serum and Red Cell Magnesium Levels in Patients with Premenstrual Tensión», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 34,1982, p. 2364; G. E. Abraham y J. T. Hargrove, «Effect of Vitamin B on Premenstrual Tensión Syndrome: A Double Blind Crossover Study», *Infertility,* vol. 3,1980, p. 155; F. Facchinetti y otros, «Oral Magnesium...» (véase nota 27).

42. R. S. Landau y otros, «The Effect of Alpha Tocopherol in Premenstrual Symptomatology: A Double-Blind Trial», *Journal of the American College of Nutrition,* vol. 2, 1983, pp. 115-123; M. R. Werbach, *Nutritional Influences on Illness,* Third Line Press, Tarzana (California), 1988.

43. Lubran y Abraham, «Serum and Red Cell Magnesium Levels» (véase nota 41); Facchinetti y otros, «Oral Magnesium» (véase nota 27).

44. B. L. Parry y otros, «Morning vs. Evening Bright Light Treatment of Late Luteal Phase Dysphoric Disorder», *American Journal ofPsychiatry,* vol. 146,1991, p. 9.

45. J. Ott, *Health and Light* (Pocket Books, Nueva York, 1978); Z. Kime, *Sunlight Could Save Your Life* (World Health Publications, Penryn [California], 1980; se puede encargar escribiendo a World Health Publications, P.O. Box 400, Penryn, CA 95663); Jacob Liberman, *Light: Medicine of the Future* (Bear and Co., Santa Fe, 1991); M. D. Rao, B. Muller-Oerlinghausen y H. P. Volz, «The Influence of Phototherapy on Serotonin and Melatonin in Nonseasonal Depression», *Pharmacopsy-chiatry,* vol. 23, 1990, pp. 155-158; J. E. Blundell, «Serotonin and Appetite», *Neuropharmacology,* vol. 23, núm. 128,1984, pp. 1537-1551.

46. M. Steiner y otros, «Fluoxetine in the Treatment or Premenstrual Dysphoria», *New England Journal of Medicine,* vol. 332, núm. 23,1995, pp. 1529-1534.

47. P. Muller, ponencia en el Primer Simposio Internacional sobre la Insuficiencia de Magnesio en la Patología Humana, 1971; Abraham, «Nutritional Factors in the Etiology of the Premenstrual Tensión Syndromes» (véase nota 26); Facchinetti, «Magnesium Prophylaxis of Menstrual Migraine» (véase nota 27).

48. Kim Dirke y otros, «The Influence of Dieting on the Menstrual Cycle of Healthy Young Women», *Journal of Clinical Endocrinology and Metaholism,* vol. 60, núm. 6,1985, pp. 1174-1179.

49. Goodale, A. Domar y H. Benson, «Alleviation of Premenstrual Syndrome Symptoms with the Relaxation Response», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 75, núm. abril de 1990, pp. 649-689.

50. Terry Oleson y William Flocco, «Randomized Controlled Study of Premenstrual Symptoms Treated with Ear, Hand and Foot Reflexology», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 82, 1993, pp. 906-911; Jeanne Blum, *Woman Heal Thyself,* Charles Tuttle, Boston, 1995.

51. J. Prior y otros, «Conditioning Exercise Decreases Premenstrual Symptoms: A Prospective Controlled Six-Month Trial», *Fertility and Sterility,* vol. 47,1987, pp. 402-409.

52. Parry, «Morning vs. Evening» (véase nota 44). Para un estudio completo de la terapia de la luz, véase J. Liberman, *Light: Medicine of the Future* (véase nota 45).

53. Las pruebas controladas de la progesterona natural que aparecen en la bibliografía ginecológica «no» están de acuerdo con mi experiencia en el asunto. Creo que esto se debe a que en estos estudios no se han tomado en cuenta la dieta, el ejercicio ni los suplementos, y también a que a las mujeres participantes en ellos no se les ha enseñado a considerar el síndrome premenstrual una señal de que su vida está desequilibrada.

54. E. S. Arafat, J. T. Hargrove, W. S. Maxon y otros, «Sedative and Hypnotic Effects of Oral Administration of Micronized Oral Progesterone May Be Mediated Through Its Metabolites», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 159, p. 1203; Andrew Herzog, «Intermittent Progesterone Ther-

apy and Frequency of Complex Partial Seizures in Women with Menstrual Disorders», *Neurology,* vol. 36,1986, pp. 1607-1610.

55. Datos tomados del informe sobre pruebas independientes de progesterona y cremas de ñame, de venta sin receta, realizadas por el Laboratorio Aeron LifeCycles, 1933 Davis Street, Suite 310, San Leandro, CA 94577; tel.: (1-800) 631 79 00.

56. Durante años, los interesados en el síndrome premenstrual han discutido acerca de que hay una «menotoxina» presente en la mujeres cuando tienen sus reglas, debido a este fenómeno de la personalidad Jekyll y Hyde, y también debido a que las apariciones de manchas o granos en la piel son peores antes de la menstruación.

57. A. Barbarino, L. De Marinis, G. Folli y otros, «Corticotrophin-Releasing Hormone Inhibition of Gonadotropin Secretion During the Menstrual Cycle», *Metabolism,* vol. 38,1989, pp. 504-506; I. Nagata, K. Kota, K. Seki y K. Furuya, «Ovulatory Disturbances: Causative Factors Among Japanese Women Student Nurses in a Dormitory», *Journal of Adolescent Health Care,* vol. 7,1986, pp. 1 -5; y también M. R. Soules, R. I. McLachlan, E. K. Marit y otros, «Luteal Phase Deficiency: Characterization of Reproductive Hormones over the Menstrual Cycle», *Journal of Clinical Endocrine Metaholism,* vol. 69,1989, pp. 804-812.

58. S. Zuckerman, «The Menstrual Cycle», *Lancet,* 18 de junio de 1949, pp. 1031- 1035.

59. La hiperplasia quística y adenomatosa del endometrio es muy común después de periodos de amenorrea o anovulación. Es un trastorno benigno si no hay «atipia» de las células. Un buen patólogo ginecológico puede hacer un pronóstico de la peligrosidad del trastorno, según sea la naturaleza de las células presentes en la muestra.

60. El Clomid tiene una estructura parecida a la del estrógeno. Su presencia durante la primera mitad del ciclo menstrual es causa de que el hipotálamo aumente la producción de las hormonas luteinizante y foliculoestimulante, estimulando así al ovario para que produzca un óvulo.

61. A. J. Hartz, P. N. Barboriak, A. Wong y otros, «The Association of Obesity with Infertility and Related Menstrual Abnormalities in Women», *International Journal of Ohesity,* vol. 3, 1979, pp. 57-73.

62. Dewan, «Perfect Rhythm Method of Birth Control» (véase nota 2).

63. D. M. Lithgow y W. M. Polizer, «Vitamin A in the Treatment of Menorrhagia», *South African Medical Journal,* vol. 51,1977, p. 191; T. Fumii, «The Clinical Effects of Vitamin E on Purpura Due to Vascular Defects», *Journal of Vitaminology,* vol. 18,1972, pp. 125-130.

64. J. D. Cohén y H. W. Rubin, «Functional Menorrhagia: Treatment with Bioflavonoids and Vitamin C», *Current Therapeutic Research,* vol. 2,1960, p. 539.

65. C. Benedetto, «Eicosanoids in Primary Dysmenorrhea, Endometriosis and Menstrual Migraines», *Gynecological Endocrinology,* vol. 3, núm. 1,1989, pp. 71-94; A. Anderson y otros, «Reduction of Menstrual Blood Loss by Prostaglandin-Synthetase Inhibitors», *Lancet,* 1976, p. 774.

66. Hugh O'Connor y Adam Magos, «Endometrial Resection for the Treatment for Menorrhagia», *New England Journal of Medicine,* vol. 335,1996, pp. 151-156.

67. Tamara Slayton me dio a conocer este concepto.

Capítulo 6: El útero

1. S. Zuckerman, «The Menstrual Cycle», *Lancet,* 18 de junio de 1949, pp. 1031- 1035.

2. Cuando reunía material para este libro, me sorprendió la falta de información sobre el útero en sí mismo, aparte de su función en la reproducción. El silencio sobre este órgano dice muchísimo.

3. M. E. Davis, «Complete Caesarean Hysterectomy», *American Journal ofOhstetricsand Gynecology,* vol. 62,1951, p. 838; citado enRobert C. Park y Patrick Duff, «Role of Cesarean Hysterectomy in Modern Obstetric Practice», *Clinical Ohstetrics and Gynecology,* vol. 23, núm. 2, junio de 1980, p. 602. Nota: La histerectomía por cesárea nunca se practica rutinariamente, es demasiado arriesgada. Sólo cito este texto para ilustrar las actitudes de los autores hacia el útero.

4. «Referral for Psychological Effects of Hysterectomy», *Ob/Gyn News,* 15-30 de noviembre de 1984.

5. Celso-Ramón García y Winnifred Cutler, «Preservation of the Ovary: A Reevaluation», *Fertility and Sterility,* vol. 42, núm. 4, octubre de 1984, pp. 510-514.

6. Todos los datos estadísticos están tomados de Thomas G. Stovall, «Hysterectomy», en Jonathan S. Berek, Eli Adashy y Paula Hillars (eds.), *Novak's Gynecology,* Williams and Wilkins, Baltimore (Maryland), 12.ª ed., 1996, p: 727.

7. J. C. Gambone y R. C. Reiter, «Nonsurgical Management of Chronic Pelvic Pain: A Multidisciplinary Approach», *Clinical Ohstetrics and Gynecology,* vol. 33, pp. 205-211; y R. C. Reiter y J. C. Gambone, «Demographic and Historie Variables in Women with Idiopathic Chronic Pelvic Pain», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 75,1990, pp. 428-432.

8. Reiter y Gambone, «Demographic and Historie Variables» (véase nota 7).

9. Información de Caroline Myss.

10. Dr. Isaac Schiff (Director del Departamento de Ginecología del Hospital General de Massachusetts) en el congreso «Grand Rounds» celebrado en el Centro Médico de Maine, Portland (Maine), 1993.

11. Nancy Petersen y B. Hasselbring, «Endometriosis Reconsidered», *Medical Self Care,* mayo-junio de 1987.

12. David B. Redwine, «The Distribution of Endometriosis in the Pelvis by Age Groups and Fertility», *Fertility and Sterility,* vol. 47, enero de 1987, p. 173.

13. Se pueden encontrar pruebas que apoyan esto en Vaugham Bancroft, C. A. Williams y M. Elstein, «Minimal/Mild Endometriosis and Infertility: A Review», *British Journal of Ohstetrics and Gynaecology,* vol. 96, núm. 4, pp. 450-454. Continúa no estando claro el papel de la endometriosis mínima o moderada en la etiología de la infecundidad, pero es posible que un mayor contenido prostanoide y una mayor actividad macrófaga en el líquido peritoneal puedan ejercer un efecto por diversos mecanismos, entre ellos la alteración de la motilidad de las trompas, la actividad del esperma y la pérdida embrionaria temprana. La actividad ovárica podría alterarse de muchas formas, entre ellas por muchas y sutiles anormalidades sólo detectables por una detallada investigación. También podrían contribuir los fenómenos de autoinmunidad.

14. John Sampson, «Peritoneal Endometriosis Due to the Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Peritoneal Cavity», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 1984.

15. Esta teoría se basa en el trabajo del doctor David Redwine, quien, junto con Nancy Petersen, enfermera titulada, es el creador del programa de tratamiento de la endometriosis del Centro Médico St. Charles en Bend (Oregón).

16. Petersen y Hasselbring, «Endometriosis Reconsidered»(véase nota 11). Véase también David Redwine, «Age-Related Evolution in Color Appearance of Endometriosis», *Fertility and Sterility,* vol. 48, núm. 6, diciembre de 1987, pp. 1062-1063; y David Redwine, «Is Microscopic Peritoneal Endometriosis Invisible?», *Fertility and Sterility,* vol. 50, núm. 4, octubre de 1988, pp. 665-666.

17. Norbert Gleicher, «Is Endometriosis an Autoimmune Disease?», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 70, núm. 1, julio de 1987; E. Surrey y J. Halme, «Effect of Peritoneal Fluid from Endometriosis Patients on Endometrial Stromal Cell Proliferation in Vitro», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 76, núm. 5, parte 1, noviembre de pp. 792-798; S. Kalma y otros, «Production of Fibronectin by Peritoneal Macrophages and Concentration of Fibronectin in Peritoneal Fluid from Patients With or Without Endometriosis», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 72, julio de 1988, pp. 13-19; J. Halme, S. Becker y S. Haskill, «Altered Maturation and Function of Peritoneal Macrophages: Possible Role in Pathogenesis of Endometriosis», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 156,1987, p. 783; J. Halme, M. G. Hammond, J. F. Hulka y otros, «Retrograde Menstruation in Healthy Women and in Patients with Endometriosis», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 64, 1984, pp. 13-18.

18. El seguro convencional sólo cubre ciertas modalidades de tratamiento y no suele cubrir medidas relativamente baratas para mantener la salud. Se ha escrito mucho sobre la política del tratamiento médico, tema que escapa a la finalidad de este libro. Si bien todos.terminamos pagando el coste de los tratamientos médicos convencionales muy caros, como el de los fármacos agonistas de las hormonas liberadoras de gonadotropina, las personas aseguradas no desembolsan el coste *directamente* y por lo tanto no quieren pagar modalidades que no están cubiertas por el seguro.

19. H. Koike, T. Egawa, M. Lhytsuka y otros, «Correlation Between Dysmenorrheic Severity and Prostaglandin Production in Women with Endometriosis», *Prostaglandins, Leukotrienes, EssentialFatty Acids,* vol. 46,1992, pp. 133-137.

20. D. Mills, «The Nutritional Status of the Endometriosis Patient», proyecto del Institute for Optimum Nutrition, septiembre de 1991, en Nancy Edwards Merrill, *Endometriosis Association Newsletter,* vol. 17, núms. 5-6, 1996.

21. Francis Hutchins Jr., «Uterine Fibroids: Current Concepts in Management», *Female Patient,* vol. 15, octubre de 1990, p. 29.

22. A. D. Feinstein, «Conflict over Childbearing and Tumors of the Female Reproductive System:

Symbolism in Disease», *Somatics,* núm. otoño/invierno de 1983.

23. R. C. Reiter, P. L. Wagner y J. C. Gambone, «Routine Hysterectomy for Large Asymptomatic Leiomyomata: A Reappraisal», *Obstetrics and Gynecology,* vol. núm. 4, abril de 1992, pp. 481-484.

24. Existe abundante bibliografía sobre el poder curativo del sonido. Cada chakra, por ejemplo, está asociado con cierta vibración. Los sanadores que usan el sonido pueden sugerirle a la persona que cante ciertos tonos o escuche una música especialmente seleccionada. Para más información sobre este tratamiento, véase W. David, *The Harmonics of Sound, Color, and Vibration: A System for Self-Awareness and Evolution* (DeVorss and Co., Marina del Rey [California], 1985); Kay Gardner, *Sounding the Inner Landscape* (Caduccus Publications, 1993).

25. K. J. Carlson, B. A. Miller y F. J. Fowler, «The Maine Women's Health Study: Outcomes of Hysterectomy», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 83, 1994, pp. 556- 565.

26. Susan Rako, *The Hormone of Desire,* Harmony Books, Nueva York, 1996. [Hay traducción al castellano: *La hormona del deseo,* Susaeta, Madrid, 1997.]

27. L. Zussman y otros, «Sexual Response After Hysterectomy-Oophorectomy: Recent Studies and Reconsideration of Psychogenesis», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 140, núm. 7, 1 de agosto de 1981, pp. 725-729.

28. Carlson, Miller y Fowler, «Outcomes of Hysterectomy» (véase nota 25).

29. B. Ranney y S. Abu-Ghazaleh, «The Future Function and Control of Ovarían Tissue Which is Retained in Vivo During Hysterectomy», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 128, 1977, p. 626; N. Siddle, P. Sarrel y M. Whitehead, «The Effect of Hysterectomy on the Age of Ovarían Failure: Identification of a Subgroup of Women with Premature Loss of Ovarían Function and Literature Reviews», *Fertility and Sterility,* vol. 47, 1987, p. 94.

30. B. J. Parys y otros, «The Effects of Simple Hysterectomy on Vesicourethral Function», *British Journal of Urology,* vol. 64, 1989, pp. 594-599; S. J. Snooks y otros, «Perineal Nerve Damage in Genuine Stress Urinary Incontinence», *British Journal of Urology,* vol. 42,1985, pp. 3-9; C. R. Wake, «The Immediate Effect of Abdominal Hysterectomy on Intervesical Pressure and Detrusor Activity», *British Journal of Ohstetrics and Gynaecology,* vol. 87, 1980, pp. 901-902; A. G. Hanley, «The Late Urological Complications of Total Hysterectomy», *British Journal of Urology,* vol. 41,1969, pp. 682-684.

31. J. H. Manchester y otros, «Premenopausal Castration and Documented Coronary Atherosclerosis», *American Journal of Cardiology,* vol. 28, 1971, pp. 33-37; A. B. Ritterband y otros, «Gonadal Function and the Development of Coronary Heart Disease», *Circulation,* vol. 27,1963, pp. 237-287.

32. A. J. Friedman y otros, «A Randomized Double-Blood Trial of Gonadotropin... in the Treatment of Leiomyomata Uteki», *Fertility and Sterility,* vol. 49, 1987, p. 404.

33. La hormona progestina, en forma de Provera o Aygestin, se puede tomar diariamente del día 14 al 28 del ciclo menstrual para disminuir la excesiva acumulación de tejido endometrial en el interior del útero. Este tratamiento a veces funciona como un legrado y de hecho en ocasiones se llama «legrado médico». Recomiendo este tratamiento a mujeres en las que el cambio de dieta no influye en la abundancia de la menstruación o a las que no les resulta práctico cambiar de dieta. A veces se usa en combinación con otras terapias, como la acupuntura, por ejemplo. Cada caso es individualizado.

34. El doctor Alan de Cherney, director del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Centro Médico de la Universidad Tufts, es pionero en esta cirugía y ha entrenado a médicos de todo el país en esta técnica.

35. El shiatsu es un tipo de masaje que aplica presión sobre los meridianos de acupuntura para estimular la circulación del *chi* en el cuerpo.

36. Dado el tamaño y la ubicación de los miofibromas, no era candidata para la ablación endometrial.

37. Stanley West, *The Hysterectomy Hoax,* Doubleday, Nueva York, 1994; Harold Goldfarb, *The No-Hysterectomy Option,* John Wiley and Sons, Nueva York, 1990.

Capítulo 7: Los ovarios

1. R. H. Asch y R. Greenblatt, «Steroidogenesis in the Postmenopausal Ovary», *Clinical Obstetrics and Gynecology,* vol. 4, núm. 1,1977, p. 85.

2. E. R. Novak, B. Goldberg y G. S. Jones, «Enzyme Histochemistry of the Menopausal Ovary Associated with Normal and Abnormal Endometrium», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,*

vol. 93,1965, p. 669; y C. R. García y W. Cutler, «Preservation of the Ovary: A Reevaluation», *Fertility and Sterility,* vol. 42, núm. 4, octubre de 1985, pp. 510-514.

3. K. P. McNatty y otros, «The Production of Progesterone, Androgens, and Estrogens by Granulosa Cells, Thecal Tissue, and Stromal Tissue by Human Ovaries in Vitro», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 49, 1979, p. 687.

4. B. Dennefors y otros, «Steroid Production and Responsiveness to Gonadotropin in Isolated Stromal Tissue of Human Postmenopausal Ovaries», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 136, 1980, p. 997; G. Mikhail, «Hormone Secretion of Human Ovaries», *Gynecological Investigation,* vol. 1, 1970, p. 5; B. B. Sherwin y M. M. Gelfand, «The Role of Androgen in the Maintenance of Sexual Fimctioning in Oophorectomized Women», *Psychosomatic Medicine,* vol. 49, 1987, p. 397

5. Mantak Chia y Maneewan Chia, *Cultivating Female Sexual Energy: Healing Love Tbrough the Tao* (Healing Tao Books, Huntington [Nueva York], 1986). Se puede encargar a Healing Tao Books, 2 Creskill Place, Huntington, NY 11743.

6. Frank P. Paloucek y John B. Graham, «The Influence of Psychosocial Factors on the Prognosis in Cáncer of the Cervix», *Annals of the New York Academy of Sciences,* vol. 125,1966, pp. 815-816.

7. I. Gerendai, W. Rotsztejn y otros, «Unilateral Ovariotomy-Induced Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Content Changes in the Two Halves of the Mediobasal Hypothalamus», *Neuroscience Letters,* vol. 9, 1978, pp. 333-336.

8. J. R. Givens, «Reproductive and Hormonal Alterations in Obesity», en P. Bjorntorp y B. Brodoff (eds.), *Obesity,* (Lippincott, Nueva York, 1992.)

9. R. L. Barbieri y otros, «Insulin Stimulates Androgen Accumulation in Incubations of Ovarían Stroma Obtained from Women with Hyperandrogenism», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 62,1986, p. 904.

10. R. J. Chang, R. M. Nakamura, H. L. Judd y S. A. Kaplan, «Insulin Resistance in Non-Obese Patients with Polycystic Ovarían Syndrome»,/o«r»ít/ *of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 61,1985, p. 946; C. A. Stuart y otros, «Insulin Resistance with Acanthosis Nigricans: The Role of Obesity and Androgen Excess», *Metabolism,* vol. 35,1986, p. 197.

11. Kelly y otros, «Psyichodynamic Psychological Correlates with Secondary Amenorrhea», *Psychosomatic Medicine,* vol. 16, 1954, p. 129; M. M. Gilí, «Functional Disturbances in Menstruation», *Bulletin of the Menninger Clinic,* vol. 7,1943, p. 12**.**

12. T. Piotrowski, «Psychogenic Factors in Anovulatory Women», *Fertility and Sterility,* vol. 13, 1962, p. 11; T. Loftus, «Psychogenic Factors in Anovulatory Women; Behavioral and Psychoanalytic Aspects of Anovulatory Amenorrhea», *Fertility and Sterility,* vol. 13,1962, p. 20.

13. W. Menaker, «Lunar Periodicity in Human Reproduction: A Likely Unit of Biological Time», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 77, núm. 4, 1959, pp. 905-914; E. M. DeWan, «On the Possibility of the Fact of the Rhythm Method of Birth Control by Periodic Light Stimulation», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 99. núm. 7,1967, pp. 1016-1019.

14. R. A. DeFronzo, «The Triumvirate: B-cell, Muscle, Liver: A Collusion Responsible for NIDDM», *Diabetes,* vol. 37,1983, pp. 667-687; G. W. Mitchell y J. Rogers, «The Influence of Weight Reduction on Amenorrhea in Obese Women», *New England Journal of Mediáne,* vol. 249,1953, pp. 835-837.

15. Si bien algunos podrían alegar que todos los quistes han de extirparse cuando se diagnostican y son relativamente pequeños, yo no estoy de acuerdo. No todos los quistes se desarrollan con rapidez, y no todos reemplazan por completo el tejido ovárico. Y, por supuesto, algunos desaparecen por sí solos.

16. B. S. Centerwall, «Premenopausal Hysterectomy», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 139,1981, p. 38; R. Punnonen y L. Raurama, «The Effect of Long-Term Oral Oestriol Succinate Therapy on the Skin of Castrated Women», *Annals of Gynaecology,* vol. 66,1977, p. 214.

17. J. G. Annegers y otros, «Ovarían Cáncer: Reappraisal of Residual Ovaries», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 97, 1967, p. 124; G. V. Smith, «Ovarían Tumors», *American Journal of Surgery,* vol. 95, 1958, p. 336; V. S. Counsellor y otros, «Carcinoma of the Ovary Following Hysterectomy», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 69,1955, p. 538; y R. H. Grogan, «Reappraisal of Residual Ovaries», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 97,1967, p. 124.

18. Theodore Speroff, «A Risk-Benefit Analysis of Elective Bilateral Oophorectomy: Effect of Changes in Compliance with Estrogen Therapy on Orneóme», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* enero de 1991, pp. 165-174.

19. D. W. Cramer y B. L. Harlow, «Author's Response to Progress in Nutritional Epidemiology of

Ovarían Cáncer», *American Journal of Epidemiology,* vol. 134, núm. 5,1991, pp. 460-461; D. W. Cramer y otros, «Galactose Consumption and Metabolism in Relationship to Risks of Ovarían Cáncer», *Lancet,* vol. 2, 1989, pp. 66- 71; D. W. Cramer, «Lactose Persistence and Milk Consumption as Determinants of Ovarían Cáncer Risk», *American Journal of Epidemiology,* vol. 130, 1989, pp. 904- 910; D. W. Cramer y otros, «Dietary Animal Fat and Relationship to Ovarían Cáncer Risk», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 63, núm. 6,1984, pp. 833-838.

20. C. J. Mettlin y M. S. Diver, «A Case-Control Study of Milk-Drinking and Ovarían Cáncer Risk», *American Journal of Epidemiology,* vol. 132, 1990, pp. 871- 876; C. J. Mettlin, «Invited Commentary: Progress in Nutritional Epidemiology of Ovarían Cáncer», *American Journal of Epidemiology,* vol. 134, núm. 5, 1991, pp. 457-459.

21. D. W. Cramer, W. R. Welsh, R. E. Scully y C. A. Wojciechowski, «Ovarian Cáncer and Tale: A Case-Control Study», *Cáncer,* vol. 50, 1982, pp. 372-376; W. J. Henderson, T. C. Hamilton y K. Griffiths, «Tale in Normal and Malignant Ovarian Tissue», *Lancet,* vol. 1,1979, p. 499.

22. G. E. Egli y M. Newton, «The transport of carbón particles in the human female reproductive tract», *Fertility and Sterility,* vol. 12,1961, pp. 151-155.

23. B. L. Harlow y otros, «The Influence of Lactose Consumption on the Association of Oral Contraceptive Pilis and Ovarian Cáncer Risk», *American Journal of Epidemiology,* vol. 134, núm. 5,1991, pp. 445-461.

24. B. V. Stadel, «The Etiology and Prevention of Ovarian Cáncer», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 123, 1975, pp. 772-774.

25. K. Helzisouer y otros, «Serum Gonadotrophins and Steroid Hormones and the Development of Ovarian Cáncer», *Journal of the American Medical Association,* vol. 274, núm. 24,27 de diciembre de 1995, pp. 1926-1930.

26. S. E. Hankinson y otros, «Tubal Ligation, Hysterectomy, and Risk of Ovarian Cáncer: A Prospective Study», *Journal of the American Medical Association,* 15 de diciembre de 1993; A. S. Whittemore, R. Harris, J. Intyre y el Grupo Colaborador en Cáncer de Ovario, «Characteristics Relating to Ovarian Cáncer Risk: Collaborative Analysis of 12 U.S. Case-Control Studies. Part II: Invasive Epithelial Ovarian Cancers in White Women», *American Journal of Epidemiology,* vol. 136,1992, pp. 1184- 1203.

27. C. Granai, «Sounding Board: Ovarian Cáncer: Unrealistic Expectations», *New England Journal of Medicine,* vol. 327, núm. 3,1993, pp. 197-200.

28. Gilda Radner, famosa comediante y esposa del actor Gene Wilder, murió de cáncer de ovario hereditario. Para prevenir que esto suceda a otras, Wilder ha dado publicidad al riesgo genético para las mujeres en cuyas familias se ha dado esta enfermedad, generalmente en familiares con primer grado de parentesco por el lado materno.

29. J. K. Tobachman y otros, «Intra-abdominal Carcinomatosis after Prophylactic Oophorectomy in Ovarian Cáncer Prone Families», *Lancet,* vol. 1,1982, p. 795; Elvio Silva y Rosemary Jenkins, «Serious Carcinoma in Endometrial Polyps», *Modem Pathology,* vol. 3, núm. 2,1990, pp. 120-122.

Capítulo 8: La recuperación del erotismo

1. Gina Ogden, *Women Who Love Sex,* Pocket Books, Nueva York, 1994.

2. Josephine Lowdes Sevely, *Eve's Secrets: A New Theory of Female Sexuality* (Random House, Nueva York, 1987), pp. 89-90.

3. Caroline Muir y Charles Muir, *Tantra: The Art of Conscious Loving,* Mercury House, San Francisco, 1989. [Hay traducción al castellano: *Tantra: El arte del amor consciente,* Oasis, Barcelona, 1991]. Los Muir enseñan que suele ser difícil para la mujer encontrar ella sola ese lugar sagrado. Incluso en el caso de que lo localice, podría resultarle difícil estimularlo, que es la única forma de acceder a su poder sanador y su potencial sexual y espiritual. Sin embargo, se puede tratar de localizarlo de la siguiente manera: en cuclillas, con dos dedos dentro de la vagina, empuja los dedos hacia arriba, en dirección al ombligo al mismo tiempo que presionas sobre el hueso púbico con la otra mano. Si consigues estimular o masajear esa zona, ese lugar se va a hinchar. Entonces es posible que logres palparlo entre los dedos. Para la mayoría de las mujeres, este proceso de despertar requiere la caricia amorosa de una pareja que respete la naturaleza vulnerable de ese lugar.

Después de publicada la primera edición de este libro, recibí una carta de Robert Svoboda, el primer occidental graduado en una escuela de medicina ayurvédica en la India. Como estudiante de la

tradición tántrica y poseedor de una profunda comprensión de sus complejidades y sutilezas, me dice que equiparar el yoga tántrico solamente con el «sexo placentero», como hacen los Muir en su libro, es entender y representar mal este campo. Aunque considero útil el libro de los Muir, no quiero llevar a mis lectoras a pensar erróneamente que este representa al verdadero yoga tántrico. Para más información sobre esta disciplina, véase Douglas Renfrew Brooks, *The Secret of the Three Cities: An Introduction to Hindú Saktu Tantrism,* University of Chicago Press, Chicago, 1990.

4. Muir y Muir, *Tantra...,* ob. cit., p. 72 (véase nota 3).

5. Naura Hayden, *How to Satisfy a Woman Every Time and Have Her Begfor More,* Biblio-Phile, Nueva York, 1980 [hay traducción al castellano: *Cómo satisfacer siempre a una mujer,* Ediciones B, Barcelona, 1993]. Aunque no estoy de acuerdo con todo lo que dice este libro, es una guía muy práctica para una relación heterosexual satisfactoria. Un buen libro para regalar a una pareja masculina. Puede solicitarse a: Biblio-Phile, P. O. Box 5189, Nueva York, NY 10022.

6. Paula Brown Doress y Diana Laskin Siegal, *Ourselves Growing Older,* Simón & Schuster, Nueva York, 1987. [Hay traducción al castellano: *Envejecer juntas: Las mujeres y elpaso del tiempo,* Paidós Ibérica, Barcelona, 1993.]

7. H. B. Van de Weil, W. C. Schultz y otros, «Sexual Functioning Following Treatment of Cervical Cáncer», *European Journal of Gynaecologic Oncology,* 1988, pp. 275-281.

8. Las denominadas necesidades sexuales masculinas «naturales» también están profundamente influidas por la cultura. En su libro *The Liquid Ligth of Sex* (Bear and Co., Santa Fe, 1991), Barbara Hand Clow dice que en esta cultura muchos hombres llegan a la erección a través de los centros de poder del tercer chakra. Pero la erección producida de esa manera es una forma de poder sobre otros, y las erecciones mantenidas mediante la energía del tercer chakra son la base de las violaciones, que no tienen nada que ver con la sexualidad, sino sólo con el poder y el dominio. Caroline Myss dice que en esta cultura el volumen de la cartera del hombre y el volumen de su erección están relacionados. Cuando un hombre es capaz de limpiar de negatividad sus chakras inferiores, sus erecciones se producen más por el cuarto chakra o la energía del corazón. Entonces el acto sexual se convierte en un acto de intimidad, cariño y amor. El orgasmo logrado de esta manera simboliza el amor de ese hombre, no sólo por la mujer con quien está, sino también por la creación misma.

9. Aaron Glatt, S. Zinner y W. McCormack, «The Prevalence of Dyspareunia», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 75, núm. 3, marzo de 1990, pp. 433-436.

10. «A View from Above: The Dangerous World of Wannabes», *Time,* 25 de noviembre de 1991, p. 77.

11. Ibíd.

12. John Stoltenberg, *Refusing to Be a Man: Essays on Sex and Justice,* Penguin, Nueva York, 1990. Los datos citados por Stoltenberg están tomados de «Chicago: "Out Reach" Is the Ñame of the Game», *Family Planner,* vol. 8, marzo-abril de pp**.** 2-4.

13. Elisabeth Quint, «Adolescent Pregnancy: An Update», *Female Patient,* vol. septiembre de 1996, p. 16.

14. Barbara Walker, *The Women's Encyclopedia of Myths and Secrets,* Harper, San Francisco, 1983, pp. 1049-1051. Se ha realizado una investigación erudita sobre todo el tema del nacimiento virgen. «En épocas remotas la impregnación por un espíritu solía ser "la explicación aceptable del embarazo en muchos países paganos donde el acto sexual formaba parte de los ritos de fertilidad", de modo que los cristianos pensaban que la impregnación por espíritus era todavía creíble, ya fuera que el supuesto padre fuera un héroe muerto, un demonio, un íncubo o incluso, en algunas sectas, el Espíritu Santo otra vez.» R. Holmes, *Witchcraft in History* (Citadel Press, Secaucus [Nueva Jersey], 1974); citado por B. Walker en *The Women's Encyclopedia...*, p. 1050.

15. Elizabeth Cady Stanton, *The Original Feminist Attack on the Bible,* (Arno Press, Nueva York, 1974), p. 114; citado por B. Walker en *The Women's Encyclopedia...,* ob. cit., p. 1051 (véase nota 14).

16. Barbara Walker señala que los Evangelios hebreos designaban a María por la palabra *mah,* traducida erróneamente por «virgen», pero que en realidad significaba «mujer joven». Véase también Esther Harding, *Women's Mysteries, Ancient and Módem,* Rider and Co., Nueva York, 1955. [Hay traducción al castellano: *Los misterios de la mujer*, Obelisco, Barcelona, 1995.]

17. El sentido del olfato de las mujeres es más agudo que el de los hombres. Un olor puede evocar toda una serie de recuerdos, ya sean positivos o negativos. El olor es la sensación que más tiempo se recuerda. Un determinado olor evoca recuerdos relacionados con él más que los sentidos de la vista, el oído y el tacto. El centro olfatorio está situado en el cerebro en una zona que está íntimamente conecta-

da con la memoria.

18. Parte de la vida normal de los delfines es ser sexuales entre ellos. Los delfines machos enrollan el pene alrededor de la parte inferior de la hembra, de modo juguetón, no para procrear, sino simplemente para comunicarse. A veces también lo hacen cuando se comunican con seres humanos. Esto le ocurrió una vez a mi hermana; contaba su encuentro con su delfín como una experiencia extática.

19. Mantak Chia y Maneewan Chia, *Cultivating Female Sexual Energy: Healing Love Through the Tao,* Healing Tao Books, Huntington (Nueva York), 1986; se puede encargar a Healing Tao Books, 2 Creskill Place, Huntington, NY 11743.

20. Para más información sobre los conos con pesas, cómo usarlos y los estudios médicos que demuestran su eficacia, contactar o bien con la Convatec Corporation, P.O. Box 5250, Princeton, NJ 08543, tel. (800) 582 65 14, o con Milex Products, Inc., tel. (800) 621 12 78.

21. Chia y Chia, *Cultivating...,* ob. cit. (véase nota 19).

22. He reemplazado la repugnante palabra *masturbación* por *amor por sí misma, o* como lo llama una amiga mía, «ser tu mejor amiga».

Capítulo 9: Vulva, vagina, cuello del útero y vía urinaria inferior

1. R. Good, «Attitudes Toward Douching», *Female Patient,* vol. 15, octubre de pp. 53-57.

2. Véase el libro del Body Shop Team *Mamamoto: A Celebration* (Viking, Nueva York, 1992), p. 78.

3. Barbara Walker, *The Women's Encyclopedia of Myths andSecrets* (Harper, San Francisco, 1983), p. 1034.

4. R. J. Hafner, S. L. Stanton y J. Guy, «A Psychiatric Study of Women with Urgency and Urge Incontinence», *British Journal of Urology,* vol. 49, 1977, pp. 211- 214; L. R. Staub, H. S. Ripley y S. Wolf, «Disturbance of Bladder Function Associated with Emotional States», *Journal of the American Medical Association,* vol. 141, 1949, p. 1139.

5. A. J. Macaulay y otros, «Psychological Aspects of 211 Female Patients Attending a Urodynamic Unit», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 31, núm. 1, pp. 1-10; D. L. P. Rees y N. Farhoumand, «Psychiatric Aspects of Recurrent Cystitis in Women», *British Journal of Urology,* vol. 49,1977, pp. 651-658.

6. M. Tarlau y M. A. Smalheiser, «Personality Patterns in Patients with Malignant Tumors of the Breast and Cervix», *Psychosomatic Medicine,* vol. 13, 1951, p. 117. De modo característico en este estudio, las mujeres que tenían cáncer del cuello del útero experimentaron un rechazo en sus primeros años; las pacientes se criaron en hogares en que faltaba la figura paterna debido a la muerte o el abandono del pajare.

7. James H. Stephenson y William Grace, «Life Stress and Cáncer of the Cervix», *Psychosomatic Medicine,* vol. 16, núm. 4, 1954, pp. 287-294.

8. A. Schmale y H. Iker, «Psychological Setting of Uterine Cervical Cáncer», *Annals of the New York Academy of Sciences,* vol. 125,1966, pp. 807-813.

9. M. H. Antoni y K. Goodkin, «Host Moderator Variables in the Promotion of Cervical Neoplasia: I. Personality Facets», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. núm. 3,1988, pp. 327-328.

10. K. Goodkin y otros, «Stress and Hopelessness in the Promotion of Cervical Intraneoplasia to Invasive Squamous Cell Carcinoma of the Cervix», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 30, núm. 1,1986, pp. 67-76.

11. Leopold G. Koss, «Human Papilloma Virases and Genital Cáncer», *Female Patient,* vol. 17, lebrero de 1992, pp. 25-30.

12. J. Buscema, «The Predominance of Human Papilloma Virus—Type 16 in Vulvar Neoplasia», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 71, núm. 4, 1988, pp. 601-605.

13. R. Kiecolt-Glaser, J. K. Glaser, C. E. Speicher y J. E. Holliday, «Stress, Loneliness, and Changes in Herpes Virus Latency», *Journal of Behavioral Medicine,* vol. núm. 3,1985, pp. 249-260.

14. Para diagnosticar verrugas que no son visibles, o las llamadas verrugas planas, ha de bañarse el pene en vinagre y después examinarse con alguna clase de lente de aumento. Sólo entonces se harán visibles las verrugas blancas y planas para aquellos que sepan qué buscan. Los tratamientos para los hombres son exactamente los mismos que para las mujeres.

15. Para más información sobre el Podofilox, la paciente o su médico, escribir a Oclassen Pharmaceuticals, Inc., 100 Pelican Way, San Rafael, CA 94901.

16. Dos estudios observan que muchas pacientes han usado eficazmente la hipnosis para aliviar las verrugas. Véase R. H. Rulison, «Warts: A Statistical Study of 921 Cases», *Archives of Dermatology and Syphilology,* vol. 46,1942, pp. 66-81; y M. Ullman, «On the Psyche and Warts. II: Hypnotic Suggestion and Warts», *Psychosomatic Medidne,* vol. 22, 1960, pp. 68-76.

17. N. Whitehead y otros, «Megaloblastic Changes in Cervical Epithelium: Association of Oral Contraceptive Therapy and Reversal with Folie *Acid», Journal of the American Medical Association,* vol. 226, 1993, pp. 1421-1424; J. N. Orr, «Localized Deficiency of Folie Acid in Cervical Epithelial Cells May Promote Cervical Dysplasia and Eventually Carcinoma of the Cervix», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 151,1985, pp. 632-635; J. Lindenbaum y otros, «Oral Contraceptive Hormones, Folate Metabolism, and Cervical Epithelium», *American Journal of Clinical Nutrition,* abril de 1975, pp. 346-353; S. L. Romney y otros, «Plasma Vitamin C and Uterine Cervical Dysplasia», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 151, núm. 7, 1985, pp. 976-980; S. L. Romney y otros, «Retinoids in the Prevention of Cervical Dysplasia», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology*, vol. 141, núm. 8,1981, pp. 890-894; S. Wassertheil-Smaller y otros, «Dietary Vitamin C and Uterine Cervical Dysplasia», *American Journal of Epidemiology,* vol. 114, núm. 5,1981, pp. 714-724; C. LaVecchia y otros, «Dietary Vitamin A and the Risk of Invasive Cervical Cáncer», *International Journal of Cáncer,* vol. 34, 1985, pp. 319- 322; P. Ramsnamy y R. Natarajan, «Vitamin B_6 Status in Patients with Cáncer of the Uterine Cervix», *Nutrition and Cáncer,* vol. 6, 1984, pp. 176-180; E. Dawson y otros, «Serum Vitamin and Selenium Changes in Cervical Dysplasia», *Federal Proceedings,* vol. 43,1984, p. 612.

18. L. Koutsky y otros, «Underdiagnosis of Genital Herpes by Current Clinical and Viral-Isolation Procedures», *New England Journal of Medicine,* vol. 326, núm. 23,1992, pp. 1533-1539.

19. H. C. Taylor, «Vascular Congestión and Hyperemia», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 57, núm. 22, 1949, p. 22; y M. E. Kemeny y otros, «Psychological and Immunological Predictors of Genital Herpes Recurrence», *Psychosomatic Medicine,* vol. 52,1989, pp. 195-208.

20. M. A. Adefumbo y B. H. Lau, «Allium Sativum (Garlic): A Natural Antibiotic», *Medical Hypothesis,* vol. 12, núm. 3,1983, pp. 327-337.

21. Hay varias marcas de cápsulas de ajo en el mercado. Dos de las que solemos recomendar en Women to Women son Kyolic (de Wakunga Company) y Garlicin (de Murdock).

22. R. H. Wolbling y K. Leonhardt, «Local Therapy of Herpes Simplex with Dried Extract from *Melissa officinalis», Phytomedicine,* vol. 1,1994, pp. 25-31; R. Cohén y otros, «Antiviral Activity of *Melissa officinalis* (Lemon Balm Extract)», *Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine,* vol. 117, 1964, pp. 431-434; E C. Herrmann Jr. y L. S. Kucera, «Antiviral Substances in Plants of the Mint Family (*labiatae).* II. Nontannin Polyphenol of *Melissa officinalis», Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine,* vol. 124, núm. 3, 1967, pp. 869-874; Z. Dimitrova y otros, «Antiherpes Effect of *Melissa officinalis L.* Extracts», *Acta Microbiologica Bulgarica* (Sofía), vol. 29, 1993, pp. 65-75.

23. No todos los productos que llevan la etiqueta «tea tree oil [aceite de *Melaleuca]»* son igualmente eficaces. En Women to Women normalmente usamos aceite de *Melaleuca* o Melagel de la Melaleuca Company; véase también Richard Bruse, *Melaleuca: Nature's Antiseptic,* 1989, Sunnyside Health Center, 8800 S.E. Sunnyside Rd., Suite 111, Clackamus, Oregon 97015; tel. (503) 654 82 25.

24. G. Eby, «Use of Topical Zinc to Prevent Recurrent Herpes Simplex Infection: Review of Literature and Suggested Protocols», *Medical Hypothesis,* vol. 17, 1985, pp. 157-165; G. T. Terezhabny y otros, «The Use of a Water-Soluble Bioflavonoid Ascorbic Acid Complex in the Treatment of Recurrent Herpes Labialis», *Oral Surgery, Oral Medicine*, *and Oral Pathology,* vol. 45,1978, pp. 56-62; G. R. B. Skinner, «Lithium Ointment for Genital Herpes», *Lancet,* vol. 2,1983, p. 288; E. F. Finnerty, «Topical Zinc in the Treatment of Herpes Simplex», *Cutis,* vol. 37, núm. 2, febrero de pp. 130-131.

25. R. S. Griffith y otros, «Multicentered Study of Lysine Therapy on HSV Infection», *Dermatológica,* vol. 156, 1978, pp. 157-167; M. A. McCune y otros, «Treatment of Recurrent Herpes Simplex Infections with L-lysine Monohydrochloryde», *Cutis,* vol. 34,1984, pp. 366-373; D. D. Schmeisser y otros, «Effect of Excess Lysine on Plasma Lipids in the Chick»,/o«m<t/ *of Nutrition,* vol. 113,1983, pp. 1777-1783; D. J. Thein y W. C. Hurt, «Lysine as a Prophylactic Agent in the Treatment of Recurrent Herpes», *Oral Surgery,* vol. 58, 1984, pp. 659-666; J. H. DiGiovanni y H. Blank, «Failure of Lysine in Frequently Recurrent Herpes Simplex Infection», *Archives Dermatology,* vol. 120, 1984, pp. 48-51.

26. Antoni y Goodkin, «Host Moderator Variables...», art. cit. (véase nota 9); Goodkdin y otros, «Stress and Hopelessness...», art. cit. (véase nota 10).

27. «Pap Smear Screening for Cervical Cáncer», *Maine Cáncer Perspectives,* vol. 2, núm. 2, abril de 1996.

28. Es importante saber a qué laboratorio se envían las muestras citológicas. El grado de pericia de los patólogos de nuestro hospital es muy elevado, y yo puedo hablar con ellos personalmente acerca de cualquier anormalidad que surja y obtener más muestras de la paciente si es necesario.

29. «Recommendations on Frequency of Pap Test Screening», ACOG Committee Opinión, núm. 152, marzo de 1995, American College of Obstetricians and Gynecologists, 409 12th Street, SW, Washington, DC 20024-2188.

30. K. Pearce y otros, «Cytopathological Findings on Vaginal Papanicolaou Smears after Hysterectomy for Benign Gynecological Disease», *New England Journal of Medicine,* vol. 335, 1996, pp. 1559-1562.

31. Damaris Christensen, «New Cervical Test "More Effective" than Pap Smear», *Medical Tribune,* 12 de diciembre de 1996.

32. M. D. Schauberger y otros, «Cervical Screening with Cervicography and the Papanicolaou Smear in Women with Genital Condylomata», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 36, núm. 2, febrero de 1991, pp. 100-102.

33. J. D. Oriel, «Sex and Cervical Cáncer», *Genitourinary Medicine,* vol. 64,1988, pp. 81-89; C. LaVecchia, A. Decarli, A. Fasoli y otros, «Oral Contraceptives and Cáncer of the Breast and of the Female Genital Tract: Interim Results of a Case-Control Study», *British Journal of Cáncer,* vol. 54,1986, p. 311; J. J. Schlesselman, «Cáncer of the Breast and Reproductive Tract in Relation to Use of CC's», *Contraception,* vol. 40,1989, p. 1.

34. N. Potischman y L. Brinton, «Nutrition and Cervical Neoplasia», *Cáncer Causes and Control,* vol. 7,1996, pp. 113-126.

35. Se hacen pruebas citológicas incluso después de que se ha extirpado el cuello del útero en una histerectomía. Esto es especialmente importante para las mujeres que han tenido un historial de anormalidad celular cervical.

36. El toque terapéutico, sistema de curar con las manos, ha sido muy estudiado y sus efectos beneficiosos los ha documentados a la perfección la doctora Delores Kreiger, de la Universidad de Columbia. Marcelle Pick, cofundadora de Women to Women, ha estudiado con la doctora Kreiger.

37. Pienso que la clamidia también podría ser un habitante normal de la vagina en algunas mujeres y que podría causar problemas sólo cuando hay un desequilibrio. Por lo que a mí respecta, la clamidia es como las águilas que revolotean alrededor de un ternero moribundo, aunque muchos de mis colegas no estén de acuerdo.

38. C. Wira y C. Kaushic, «Mucosal Immunity in the Female Reproductive Tract: Effect of Sex Hormones on Immune Recognition and Responses», en H. Kiyono, P. L. Ogra y J. R. McGhee (eds.), *Mucosal Vaccines,* (Academic Press, Nueva York, pp. 375-388.

39. Gardiner-Caldwell SynerMed, «The Role of Reduced Regimens in the Management of Vulvovaginitis», *Medical Monitor,* vol. 1, núm. 1, abril de 1991; se puede encargar a Gardiner-Caldwell SynerMed, P.O. Box 458, Califon, NJ 07830.

40. Mary Ryan Miles, Linda Olsen y Alvin Rogers, «Recurrent Vaginal Candidiasis: Importance of an Intestinal Reservoir», *Journal of the American Medical Association,* vol. 238, núm. 17, 24 de octubre de 1977, pp. 1836-1837.

41. Laboratorio The Great Smokies, de Asheville (Carolina del Norte).

42. Miles, Olsen y Rogers, «Recurrent Vaginal Candidiasis» (véase nota 40).

43. D. Steward y otros, «Psychosocial Aspects of Chronic, Clinically Unconfirmed Vulvovaginitis», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 76, núm. 5, Iª parte, noviembre de 1990, pp. 852-856.

44. S. Mathur y otros, «Anti-ovarian and Anti-lymphocyte Antibodies in Patients with Chronic Vaginal Candidiasis», *Journal of Reproductive Immunology,* vol. 2, pp. 247-262.

45. C. Fordham von Reyn, «HIV and Acquired Immunodeficiency Syndrome», conferencia, 21 de septiembre de 1996, Dartmouth Medical School, Lebanon (New Hampshire).

46. También se conocen casos de personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana durante más de diez años en las que no hay indicios de disminución de los linfocitos T CD4+ ni de sida. A. R. Lifson y otros, «Long-term Human Immunodeficiency Virus Infection in Asymptomatic Homosexual and Bisexual Men with Normal CD4+ Lymphocite Counts: Immunologic and Virologic Characteristics», *Journal of Infectious Disease,* vol. 163,1991, pp. 959-965.

47. Frank Pitman, «Frankly Speaking», *Psychology Today,* septiembre-octubre de P. 60.

48. Caroline Myss, *AIDS, Passageway to Transformation,* Stillpoint Publications, Walpole (Massachusetts), 1985. [Hay traducción al castellano: *SIDA: Puerta de transformación,* Luciérnaga, Barcelona,

1992.]

49. Niro Markoff, mujer que pasó de seropositiva a seronegativa, ahora enseña internacionalmente. Su historia y sus enseñanzas aparecen en *Why I Survive AIDS* (Simón & Schuster, Nueva York, 1991). Bob Owen también documenta un caso de cambio de seropositivo a seronegativo en *Roger's Recovery from AIDS* (Davar Press, Cannon Beach [Oregón], 1987). [Hay traducción al castellano: *Roger venció al sida,* Higea, Colmenar Viejo (Madrid), 1993.]

50. Se puede encargar un casete de esta presentación [en inglés] al Colegio de Médicos Holistas: AHMA, 4101 Lake Boone Trail, Suite 201, Raleigh, NC 27607; tel. (919) 787 51 81. Véase también Laurence Badgley, *Healing AIDS Naturally,* Human Energy Press, San Bruno (California), 1987; se puede pedir a Human Energy Press, Suite D, 370 West San Bruno Avenue, San Bruno, CA 94066.

51. C. B. Furlonge y otros, «Vulvar Vestibulitis Syndrome: A Clinicopathological Study», *British Journal of Obstetrics and Gynaecology,* vol. 98,1991, pp. 703-706.

52. Eduard Friedrich, «Vulvar Vestibulitis Syndrome», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 32, núm. 2, febrero de 1987, pp. 110-114.

53. T. Warner y otros, «Neuroendocrine Cell-Axonal Complexes in the Minor Vestibular Gland», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 41, 1996, pp. 397-402.

54. C. C. Solomons, M. H. Melmed y S. M. Heitler, «Calcium Citrate for Vestibulitis», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 36, núm. 12,1991, pp. 879-882.

55. Esta información está tomada del material enviado a mi consultorio por el doctor M. H. Melmed.

56. En el estudio del doctor McNamara se usan los tipos Essentials y Proflavenol, de la marca Usana.

57. Donna E. Stewart y otros, «Psychological Aspects of Chronic Clinically Unconfirmed Vulvovaginitis», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 76, 1990, pp. 852-856; Donna E. Stewart y otros, «Vulvadynia and Psychological Distress», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 84, núm. 4, octubre de 1994, pp. 587-590.

58. E. A. Walker y otros, «Medical and Psychiatric Symptoms in Women with Childhood Sexual Abuse», *Psychosomatic Medicine,* vol. 54,1992, pp. 658-664.

59. Howard Glazer, «Treatment of Vulvar Vestibulitis Syndrome with Electromyographic Biofeedback of Pelvic Floor Musculature», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 4, núm. 4,1995, pp. 283-290.

60. Benson Horowitz, presentación de Grand Rounds, Maine Medical Center, 24 de julio de 1996.

61. Ibíd.

62. M. M. Karram, «Frequency, Urgency, and Painful Bladder Syndromes», en M. D. Walters y M. M. Karram (eds.), *Clinical Urogynecology* (Mosby, St. Louis, 1993), pp. 285-298.

63. E. M. Messing y T. A. Stamey, «Interstitial Cystitis: Early Diagnosis, Pathology, and Treatment», *Urology,* vol. 12,1978, p. 381.

64. A. E. Sobota, «Inhibition of Bacterial Adherence by Cranberry Juice: Potential Use for the Treatment of Urinary Tract Infections», *Journal of Urology,* vol. 131,1984, pp. 1013-1016; P. N. Papas y otros, «Cranberry Juice in the Treatment of Urinary Tract Infections», *Southwestem Medicine,* vol. 47A, 1966, pp. 17-20; D. R. Schmidt y A. E. Sobota, «An Examination of the Antiadherence Activity of Cranberry Juice on Urinary and Non-urinary Bacterial Isolates», *Microbios,* vol. 55, núms. 224-225,1988, pp. 173-181.

65. J. Avorn y otros, «Reduction of Bacteria and Pyuria After Ingestión of Cranberry Juice», *Journal of the American Association,* vol. 271,1994, pp. 751-754.

66. V. Frohne, «Untersuchungen zur Frage der harndesifiizierenden Wirkungen von Barentraubenblatt-extracten», *Planta Medica,* vol. 18, 1970, pp. 1-25.

67. R. Raz, W. Stamm y otros, «A Controlled Trial of Intravaginal Estriol in Postmenopausal Women with Recurrent Urinary Tract Infections», *New England Journal of Medicine,* vol. 329,1993, pp. 753-756.

68. D. C. H. Tchou y otros, «Pelvic Floor Musculature Exercises in Treatment of Anatomical Urinary Stress Incontinence», *Physical Therapy,* vol. 68, 1988, pp. 652- 655; K. Bo y otros, «Pelvic Floor Muscle Exercises for the Treatment of Female Stress Incontinence: Effects of Two Different Degrees of Pelvic Floor Muscle Exercises», *Neurological Urodynamics,* vol. 11,1990, pp. 107-113; y P. A. Burns y otros, «A Comparison of Effectiveness of Biofeedback and Pelvic Muscle Exercise Treatment in the Treatment of Strees Incontinence in Older Community-Dwelling Women», *Journal of Gerontology,* vol. 48, núm. 4, 1993, pp. 167-174.

69. N. Bathia y otros, «Urodynamic Effects of a Vaginal Pessary in Women with Stress Urinary

Incontinence», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 147, 1983, p. 876; y A. Diokno, «The Benefits of Conservative Management for SUI», *Contemporary ObGyn,* marzo de 1997, pp. 128-142.

70. D. Staskin, T. Bavendam, J. Miller y otros, «Effectiveness of a Urinary Control Insert in the Management of Stress Urinary Incontinence: Early Results of a Multicenter Study», *Urology,* vol. 47, 1996, pp. 629-636.

Capítulo 10: Los pechos

1. C. Chen, «Adverse Life Events and Breast Cáncer: A Case-Controlled Study», *British Medical Journal,* vol. 311, 9 de diciembre de 1995, pp. 1527-1530.

2. S. Geyer, «Life Events Prior to Manifestation of Breast Cáncer: A Limited Prospective Study Covering Eight Years Before Diagnosis», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 35,1991, pp. 353-363.

3. A. J. Ramírez y otros, «Stress and Relapse of Breast Cáncer», *British Medical Journal,* vol. 298,1989, pp. 291-293.

4. En el siglo XIX, el excepcional estudio de casos de Herbert Snow relacionaba los cánceres de mama y de útero con un historial de «mente preocupada y ansiedad crónica». Particularmente evidente en las mujeres que estudió era la pérdida de una relación importante como factor precipitador en la manifestación de un tumor. Véase Herbert Snow, *The Proclivity of Women to Cancerous Disease,* Londres, 1883.

En este siglo, M. Tarlau y M. A. Smalheiser descubrieron que el cuadro típico de pacientes de cáncer de mama era que sus padres habían estado ausentes psicológicamente; para las pacientes de cáncer de cuello del útero, el padre había estado ausente debido a muerte o abandono. Véase M. Tarlau y M. A. Smalheiser, «Personality Patterns in Patients with Malignant Tumors of the Breast and Cervix», *Psychosomatic Medicine,* vol. 13, 1951, p. 117. También comprobaron que todas las pacientes de cáncer de mama tenían sentimientos negativos respecto a su sexualidad, se habían adaptado negándola, y con frecuencia tenían sentimientos negativos respecto a las relaciones heterosexuales en sí. Las pacientes de cáncer de cuello del útero, en cambio, tenían menos sentimientos negativos respecto a su sexualidad. Con más frecuencia las pacientes de cáncer de mama tendían a continuar en un matrimonio insatisfactorio, mientras que muchas de las pacientes de cáncer de cuello del útero eran divorciadas o se habían casado varias veces.

Un estudio realizado por Bacon y sus colaboradores comprobó que muchas pacientes de cáncer de mama con frecuencia eran incapaces de desahogar la rabia, la agresividad o la hostilidad o de arreglárselas apropiadamente con ellas. Muchas veces esas mujeres encubrían esos sentimientos bajo una fachada de simpatía y amabilidad. Solían reaccionar con «negación y un sacrificio no realista» para resolver conflictos de hostilidad con su madre. Véase C. L. Bacon y otros, «A Psychosomatic Survey of Cáncer of the Breast», *Psychosomatic Medicine,* vol. 14, núm. 6,1952, pp. 453-459.

Véase también C. B. Bahnson, «Stress and Cáncer: The State of the Art», *Psychosomatics,* vol. 22, núm. 3,1981, pp. 207-220.

5. Sandra Levy y otros, «Perceived Social Support and Tumor Estrogen Progesterone Receptor Status as Predictors of Natural Killer Cell Activity in Breast Cáncer Patients», *Psychosomatic Medicine,* vol. 52,1990, pp. 73-85.

6. A. Bremond, G. Kune y C. Bahnson, «Psychosomatic Factors in Breast Cáncer Patients: Results of a Case Control Study», *Journal of Psychosomatic Ohstetrics and Gynecology,* vol. 5, 1986, pp. 127-136.

7. K. W. Pettingale y otros, «Serum IgA Levels and Emotional Expression in Breast Cáncer Patients», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 21,1977, p. 395.

8. S. M. Love, R. S. Gelman y W. J. Sile, «Fibrocystic "Disease" of the Breast: A Non-disease», *New England Journal of Medicine,* vol. 307,1982, p. 1010.

9. P. E. Preece y otros, «Importance of Mastalgia in Operable Breast Cáncer», *British Medical Journal,* vol. 284,1982, pp. 1299-1300; y L. E. Hughes y D. J. Webster, «Breast Pain and Nodularity», en *Benign Disorders and Disease of the Breast,* Bailliere Tindale, Londres, 1989.

10. G. Plu-Bureau y otros, «Cyclic Mastalgia as a Marker of Breast Cáncer Susceptibility: Results of a Case Control Study Among French Women», *British Journal of Cáncer,* vol. 65,1992, pp. 945-949; y J. R. Harris y otros, «Breast Cáncer», Iª parte, *New England Journal of Medicine,* vol. 327, 1992, pp. 319-328.

11. P. L. Jenkins y otros, «Psychiatric Illness in Patients with Severe Treatment-Resistant Mastal-

gia», *General Hospital Psychiatry,* vol. 15,1993, pp. 55-57.

12. N. Boyd, «Effect of a Low-Fat, High Carbohydrate Diet on Symptoms of Cyclical Mastopathy», *Lancet,* vol. 2, 1988, p. 128; D. Rose y otros, «Effect of a Low-Fat Diet on Hormone Levels in Women with Cystic Breast Disease. I: Serum 'Steroids and Gonadotropins», *Journal of the National Cáncer Institute,* vol. 78, 1987, p. 623; D. Rose y otros, «Effect of a Low-Fat Diet on Hormone Levels in Women with Cystic Breast Disease. II: Serum Radioimmunoassayable Prolactin and Growth Hormone and Bioactive Lactogenic Hormones», *Journal of the National Cáncer Institute,* vol. 78,1987, p. 627.

13. M. Woods, «Low-Fat, High-Fiber Diet and Serum Estrone Sulfate in Premenopausal Women», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 49,1989, p. 1179; D. Ingram, «Effect of Low-Fat Diet on Female Sex Hormone Levels», *Journal of the National Cáncer Institute,* vol. 79, 1987, p. 1225; y H. Aldercreutz, «Diet and Plasma Androgens in Postmenopausal Vegetarían and Omnivorous Women and Postmenopausal Women with Breast Cáncer», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 49,1989, p. 433.

14. Rose y otros, «Serum Steroids and Gonadotropins» (véase nota 12).

15. K.-J. Chang y otros, «Influences of Percutaneous Administration of Estradiol and Progesterone on Human Breast Epithelial Cell Cycle in Vivo», *Fertility and Sterility,* vol. 63,1995, pp. 785-791.

16. D. Bagga y otros, «Dietary Modulation of Omega-3/Omega-6 Polyunsaturated Fatty Acid Ratios in Patients with Breast *Cáncer», Journal of the National Cáncer Institute,* vol. 89, núm. 15,1997, pp. 1123-1131.

17. R. S. London y otros, «The Effect of Alpha-Tocopherol on Premenstrual Symptomatology», *Cáncer Research,* vol. 41, 1981, pp. 3811-3816; R. S. London y otros, «The Effect of Alpha-Tocopherol on Premenstrual Symptomatology: A Double-Blind Study», *Journal of American College Nutrition,* vol. 3,1984, pp. 351-356; R. S. London y otros, «The Role of Vitamin E in Fibrocystic Breast Disease», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 65,1982, pp. 104-106; A. A. Abrams, «Use of Vitamin E for Chronic Cystic Mastitis», *New England Journal of Medicine,* vol. 272, 1965, pp. 1080-1081.

18. B. A. Eskin y otros, «Mammary Gland Dysplasia in Iodine Deficiency», *Journal ofthe American Medical Association,* vol. 200,1967, pp. 115-119.

19. P. E. Mohr y otros, «Serum Progesterone and Prognosis in Operable Breast Cáncer», *British Journal of Cáncer,* vol. 73,1996, pp. 1552-1555.

20. Gina Kolata, «Breast Cáncer Screening Under 50: Experts Disagree if Benefit Exists», *The New York Times,* 14 de diciembre de 1993, p. C-l; W. Gilbert Welch y William Black, «Advances in Diagnostic Imaging», *New England Journal of Medicine,* vol. 328, abril de 1993, pp. 1237-1243; M. Nielson y otros, «Breast Cáncer and Atypia Among Young Middle-Aged Women: A Study of 110 Medical-Legal Autopsies», *British Journal of Cáncer,* vol. 56,1987, pp. 814-819. En el Hospital del condado de Cook de Chicago se realizó un estudio, no publicado, con autopsias con similares resultados (comunicación personal de la doctora Kate Havens).

21. V. Ernster y otros, «Incidence of and Treatment for Ductal Carcinoma In Situ of the Breast», *Journal of the American Medical Association,* vol. 275, núm. 12, 27 de marzo de 1996, pp. 913-918.

22. A. T. Stavros y otros, «Solid Breast Nodules: Use of Sonography to Distinguish Between Benign and Malignant Lesions», *Radiology,* vol. 195, 1995, pp. 123- 134; E. Staren, «Breast Ultrasound for Surgeons», *American Surgeon,* vol. 62, 1996, pp. 109-112.

23. National Center for Health Statistics, *Vital Statistics of the United States,* vol. 2, *Mortality, Part A,* publicación núm. (PHS) 90-1101 del DHHS, (U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1990).

24. Han sido implicadas las siguientes substancias químicas: los pesticidas DDT, el heptacloro y la atrazina, varios hidrocarburos aromáticos policíclicos, subproducto* del petróleo, la dioxina y los bifeniles policlorinados. Véase también Janet Raloíí, «Ecocancer: Do Environmental Factors Underlie a Breast Cáncer Epidemic?», *Science News,* vol. 144, 3 de julio de 1993, pp. 10-13.

25. Dr. Samuel Epstein, carta al doctor David Kessler, comisario de la FDA, 14 de febrero de 1994, citado en Barbara Joseph, *My Healing from Breast Cáncer,* Keats, New Canaan (Connecticut), 1996, p. 7.

26. P. Buell, «Changing Incidence of Breast Cáncer in Japanese-American Women», *Journal of the National Cáncer Institute,* vol. 51,1973, pp. 1479-1483; L. Kinlen, «Meat and Fat Consumption and Cáncer Mortality: A Study of Strict Religious Orders in Britain», *Lancet,* 1982, pp. 946-949; W. Willett y otros, «Dietary Fat and Risk of Breast Cáncer», *New England Journal of Medicine,* vol. 316, núm. 22,1987.

27. D. J. Hunter y otros, «Cohort Studies of Fat Intake and the Risk of Breast Cáncer: A Pooled Analysis», *New England Journal of Medicine,* vol. 334, 1996, pp. 356-361.

28. S. Franceschi y otros, «Intake of Macronutrients and Risk of Breast Cáncer», *Lancet,* vol.

347,1996, pp. 1351-1356.

29. S. Seely y D. F. Horrobin, «Diet and Breast Cáncer: The Possible Connection with Sugar Consumption», *Medical Hypotheses,* vol. 3,1983, pp. 319-327; K. K. Carroll, «Dietary Factors in Immune-Dependent Cancers», en M. Winick (ed.), *Current Concepts in Nutrition,* vol. 6, *Nutrition and Cáncer* (John Wiley & Sons, Nueva York), 1977, pp. 25-40; S. K. Hoeh y K. K. Carroll, «Effects of Dietary Carbohydrate in the Incidence of Mammary Tumors Induced in Rats by 7, 12 dimethylbenzanthracene», *Nutrition and Cáncer,* vol. 1, núm. 3, 1979, pp. 27-30; R. Kazer, «Insulin Resistance, Insulin-like Growth Factor I and Breast Cáncer: A Hypothesis», *International Journal of Cáncer,* vol. 62,1995, pp. 403-406.

30. M. H. Holl y otros, «Gut Bacteria and Aetiology of Cáncer of the Breast», *Lancet,* vol. 2, 1971, pp. 172-173; R. E. Hughes, «Hyphotesis: A New Look at Dietary Fiber in Human Nutrition», *Clinical Nutrition,* vol. 406,1986, pp. 81-86.

31. H. Adlercreutz y otros, «Dietary Phytoestrogens and the Menopause in Japan», *Lancet,* vol. 339, 1992, p. 1233; H. P. Lee y otros, «Dietary Effects on Breast Cáncer Risk in Singapore», *Lancet,* vol. 337,18 de mayo de 1991, pp. 1197-1200.

32. N. N. Ismael, «A Study of Menopause in Malaysia», *Maturitas,* vol. 19, 1994, pp. 205-209.

33. H. Aldercreutz y otros, «Excretion of the Lignans Enterlactone and Enterodiol and of Equol in Omnivorous and Vegetarian Women and in Women with Breast Cáncer», *Lancet,* vol. 2,1982, pp. 1295-1299.

34. T. Hirano y otros, «Antiproliferative Activity of Mammalian Lignan Derivatives Against the Human Breast Carcinoma Cell Line ZR-75-1», *Cáncer Investigations,* vol. 8,1990, pp. 595-602.

35. J. Michnovicz y H. Bradlow, «Altered Estrogen Metabolism and Excretion in Humans Following Consumption of Indole-3-Carbinol», *Nutrition and Cáncer,* vol. 16,1991, pp. 59-66.

36. K. P. McConnell y otros, «The Relationship Between Dietary Selenium and Breast Cáncer», *Journal of Surgical Oncology,* vol. 5, núm. 1,1980, pp. 67-70.

37. L. C. Clark, G. F. Combs, B. W. Turnbull y otros, «Effects of Selenium Supplementation for Cáncer Prevention in Patients with Carcinoma of the Skin», *Journal of the American Medical Association,* vol. 276,1996, pp. 1957-1963.

38. B. Goldin y J. Gorsbach, «The Effect of Milk and Lactobacillus Feeding on Human Intestinal Bacterial Enzyme Activity», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 39, 1984, pp. 756-761. El *lactobacillus acidophilus* inhibe la glucuronidasa beta, que es la enzima bacteriana fecal responsable de desconjugar el estrógeno conjugado por el hígado.

39. T. T. Kellis y L. E. Vickery, «Inhibition of Human Estrogen Synthetase (Aromatase) by Flavonoids», *Science,* vol. 255, 1984, pp. 1032-1034. Los bioflavonoides compiten por el estrógeno como substrato en el metabolismo de las grasas.

40. R. R. Brown y otros, «Correlation of Serum Retinol Levels with Response to Chemotherapy in Breast Cáncer», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 148, núm. 3, pp. 309-312.

41. K. Lockwood y otros, «Partial and Complete Regression of Breast Cáncer in Patients in Relation to Dosage of Coenzyme Q10», *Biochemical and Biophysical Research Communications,* vol. 199, núm. 3,1994, pp. 1504-1508.

42. L. Rosenberg y otros, «Breast Cáncer and Alcoholic Beverage Consumption», *Lancet,* vol. 1, 1982, p. 267.

43. Kato y otros, «Alcohol Consumption in Cancers of Hormone Related Organs in Females»,*Japan Journal of Clinical Oncology,* vol. 19, núm. 3,1989, pp. 202- 207.

44. Thune y otros, «Physical Activity and the Risk of Breast Cáncer», *New England Journal of Medicine,* vol. 336,1997, pp. 1269-1275.

45. S. Narod y otros, «Familial Breast-Ovarian Cáncer Locus on Chromosome 17ql2q23», *Lancet,* vol. 338, 13 de julio de 1991, pp. 82-83.

46. M. B. Fitzgerald y otros, «Germán Line BrCa 1 Mutations in Jewish and NonJewish Women with Early Onset Breast Cáncer», *New England Journal of Medicine,* vol. 334, núm. 3, 1996, pp. 143-149; F. S. Collins, «BrCa 1: Lots of Mutations, Lots of Dilemmas», *New England Journal of Medicine,* vol. 334, núm. 3, 1996, pp. 186-188; A. A. Langston, «BrCa 1 Mutations in a Population-Based Sample of Young Women with Breast Cáncer», *New England Journal of Medicine,* vol. 334, núm. 3,1996, pp. 137-142.

47. Sonia Johnson, *Wildfire: Igniting the She-volution,* Wildfire Books, Albuquerque (Nuevo México), p. 38.

48. En sentido convencional, el cáncer de mama puede volver en cualquier momento. Alrededor del 80 por ciento de las mujeres a las que se les ha diagnosticado mueren finalmente de él. Por eso nin-

gún médico convencional consideraría «curada» a Monica. Dirían que está «en remisión». Sea cual sea el nombre que se le dé, me gusta el aspecto que tiene y su manera de vivir.

49. Estadísticas de implante citadas en Marsha Angelí, «Shattuck Lecture-Evaluating the Health Risks of Breast Implants: The Interplay of Medical Science, the Law, and Public Opinión», *New England Journal of Medicine,* vol. 334, núm. 23,1996, pp. 1513-1518.

50. Nancy Hurst, «Lactation After Augmentation Mammoplasty», *Obstetric and Ginecology,* vol. 87, núm. 1,1996, pp. 30-34.

51. A. R. Staib y D. R. Logan, «Hypnotic Stimulation of Breast Growth», *American Journal of Clinical Hypnosis,* abril de 1977; R. D. Willard, «Breast Enlargement Through Visual Imagery and Hypnosis», *American Journal of Clinical Hypnosis,* abril de 1977; J. E. Williams, «Stimulation of Breast Growth by Hypnosis», *Journal ofSex Research,* vol. 10, núm. 4,1974, pp. 316-326; L. M. LeCron, «Breast Development Through Hypnotic Suggestion», *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine,* vol. 16, núm. 2,1969, pp. 58-62.

52. S. Levy y otros, «Survival Hazards Analysis in First Recurrent Breast Cáncer Patients: 7-Year Follow-Up», *Psychosomatic Medicine,* vol. 50,1988, pp. 520-588.

Capítulo 11: Nuestra fertilidad

1. Hace poco conocí a una ginecóloga de China, quien me contó que había realizado veinte mil abortos. En China sólo se permite un hijo por pareja, y a veces ni siquiera uno. El aborto se practica corrientemente como control de la natalidad. Si una pareja tiene más de un hijo, los padres podrían perder un empleo o sufrir otras sanciones. En consecuencia, las parejas chinas eligen abortar los fetos femeninos, y ahora toda una generación de varones jóvenes no tienen mujeres suficientes de su edad para formar pareja, un hecho que, aunque trágico, parece ser un cruel tipo de justicia.

2. Carroll Smith-Rosenberg, *Disorderly Conduct: Visions of Gender in Victorian America,* Oxford University Press, Nueva York, 1986.

3. En una sociedad en la cual hay tanto incesto y tantas violaciones, el comportamiento sexual suele deformarse, lo cual comienza en la infancia. Cualquier mujer que se ha recuperado del abuso sexual te dirá que la promiscuidad y «fingir» en el acto sexual están entre las consecuencias de haber sufrido abusos sexuales. No es mi intención culpar a esas mujeres. Simplemente sugiero que necesitamos comenzar el proceso de sanación.

4. Puede adquirirse en Kris Bercov, P.O. Box 3586, Winter Park, FL 32970; tel. (407) 628 00 95. Precio: 5 dólares, más 1 dólar por gastos de envío [dentro de Estados Unidos]. Descuento a mayoristas.

5. Smith-Rosenberg, *Disorderly Conduct,* ob. cit. (véase nota 2).

6. Smith-Rosenberg, ibíd., p. 218.

7. M. Melbye, J. Wohlfahrt y otros, «Induced Abortion and the Risk of Breast Cáncer», *New England Journal of Medicine,* vol. 336,1996, pp. 81-85.

8. Gladys McGarey, *Bom to Live,* Gabriel Press, Phoenix (Arizona), 1980, p. 54. Si no lo encontraras en librerías, escribe a la autora: Dra. Gladys McGarey, Scottsdale Holistic Medical Group, 7350 Stetson, Suite 128, Scottsdale, AZ 85251; tel. (602) 990 15 28.

9. R. Hatcher y otros, *Contraceptive Technology,* Irvington Publishers, Nueva York, 1991.

10. M. K. Horwitt y otros, «Relationship Between Levels of Blood Lipids, Vitamins C, A, E, Serum Copper, and Urinary Excretion of Tryptophan Metabolites in Women Taking Oral Contraceptive Therapy», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 28, 1975, pp. 403-412; K. Amatayakul, «Vitamin Metabolism and the Effects of Multivitamin Supplementation in Oral Contraceptive Users», *Contraception,* vol. 30, núm. 2, 1984, pp. 179-196; y J. L. Webb, «Nutritional Effects of Oral Contraceptive Use», *Journal of Reproductive Health,* vol. 25, núm. 4,1980, p. 151.

11. Mi introducción a la verdadera envergadura de la ciencia que respalda la planificación familiar natural ocurrió cuando oí hablar al doctor Joseph Stanford en la reunión anual del Colegio de Médicos Holistas en Kansas City en 1993. Los estudios que se citan en esta sección me los proporcionó amablemente el doctor Stanford, que actualmente enseña en el Departamento de Medicina Familiar y Preventiva de la Universidad de Utah, 50 North Medical Drive, Salt Lake City, Utah 84132.

12. El método del ritmo se basa en cálculos de calendario del periodo de fertilidad, no en sus signos fisiológicos. Es mucho menos fiable que los métodos de que hablo en el texto.

13. La observación del flujo de mucosidad vaginal para determinar la fase fértil fue desarrollada

originalmente por dos médicos, John y Evelyn Billings. De ahí que a veces se la conozca como «método Billings».

14. T. W. Hilgers, A. I. Bailey y A. M. Prebil, «Natural Family Planning IV: The Identification of Postovulatory Infertility», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 58, núm. 3,1981, pp. 345-350.

15. T. W. Hilgers, «The Medical Applications of Natural Family Planning: A Contemporary Approach to Women's Health Care», Pope Paul VI Institute Press, Omaha (Nebraska), 1991; T. W. Hilgers, «The Statistical Evaluation of Natural Methods of Family Planning», *International Review of Natural Family Planning,* vol. 8, núm. 3, otoño de 1984, pp. 226-264; J. Doud, «Use-Effectiveness of the Creighton Model of NFP», *International Review of Natural Family Planning,* vol. núm. 54, 1985.

16. Thomas Hilgers y otros, «Cumulative Pregnancy Rates in Patiens with Apparently Normal Fertility and Fertility-Focused Intercourse», *The Journal of Reproductive Medicine,* vol. 37, núm. 10, octubre de 1992, pp. 864-866.

17. Cita tomada del impreso de la ponencia de J. Stanford en la Reunión Anual del Colegio de Médicos Holistas, el 13 de marzo de 1993. El estudio citado está en la obra de T. W. Hilgers, «The Medical Applications of Natural Family Planning» (véase nota 16).

18. G. Freundl y otros, «Demographic Study on the Family Planning Behavior of the Germán Population: The Importance of Natural Methods», *International Journal of Fertility,* vol. 33, 1988, suplem., pp. 54-58.

19. A. Wilcox y C. Weinberg, «Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation: Effects on the Probability of Conception, Survival of Pregnancy, and Sex of Baby», *New England Journal of Medicine,* vol. 333,1995, pp. 1517-1521.

20. H. Klaus, «Natural Family Planning: A Review», estudio realizado por *Obstetrics and Gynecology,* vol. 37, núm. 2, febrero de 1982, pp. 128-150; T. W. Hilgers y M. Prebil, «The Ovulation Method-Vulvar Observations as an Index of Fertility/Infertility», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 53, núm. 1, enero de 1979, pp. 12- 22; Organización Mundial de la Salud, «A Prospective Multicentre Trial of the Ovulation Method of Natural Family Planning. I: The Teaching Phase», *Fertility and Sterility,* vol. 362, agosto de 1981, pp. 152-158.

21. T. W. Hilgers, G. F. Abraham y D. Cavanagh, «Natural Family Planning. I: The Peak Symptom and Estimated Time of Ovulation», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 52, núm. 5, noviembre de 1978, pp. 575-582.

22. El material de esta sección lo obtuve del doctor Joseph Stanford.

23. J. F. Cattanach y B. J. Milne, «Post-Tubal Sterilization Problems Correlated with Ovarian Steroidogenesis», *Contraception,* vol. 38, núm. 5,1988; J. Donnez, M. Wauters y K. Thomas, «Luteal Function After Tubal Sterilization», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 57, núm. 1,1981; y M. M. Cohén, «Long-Term Risk of Hysterectomy After Tubal Sterilization», *American Journal of Epidemiology,* vol. 125,1987.

24. S. Sumiala y otros, «Salivary Progesterone Concentration After Tubal Sterilization», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 88,1996, pp. 792-796.

25. A. Domar y otros, «The Prevalence and Predictability of Depression in Infertile Women», *Fertility and Sterility,* vol. 58, 1992, pp. 1158-1163; A. Domar y otros, «The Psychological Impact of Infertility: A Comparison with Patients with Other Medical Conditions», *Journal of Psychosomatic Ohstetrics and Gynecology,* vol. 14, 1993, pp. 45-52.

26. I. Gerhard y otros, «Prolonged Exposure to Wood Preservatives Induces Endocrine and Immunologic Disorders in Women», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 165, núm. 2, agosto de 1991, pp. 487-488; y P. Thompkins, «Hazards of Electromagnetic Fields to Human Reproduction», *Fertility and Sterility,* vol. 53, núm. 1, enero de 1990, p. 185.

27. A. Stagnaw-Green y otros, «Detection of At Risk Pregnancy by Means of Highly Sensitive Assays for Thyroid Autoantibodies», *Journal ofthe American Medical Association,* vol. 269, núm. 11,19 de septiembre de 1990, pp. 1422-1425; y O. B. Christiansen y otros, «Autoimmunity and Spontaneous Abortion», *Human Reproduction* [Dinamarca], vol. 4, núm. 8,1989, pp. 913-917.

28. M. Stauber, «Psychosomatic Problems of Childless Couples», *Archives of Gynecology and Obstetrics,* vol. 245, núms. 1-4,1989, pp. 1047-1050.

29. L. Jeker y otros, «Wish for a Child and Infertility: A Study of 116 Couples. 1: Interview and Psychodynamic Hypotheses», *International Journal of Fertility,* vol. núm. 6,1988, pp. 411-420.

30. Ellen Hopkins, «Tales from the Baby Factory», *The New York Times Magazine,* 15 de marzo de 1992.

31. P. Remeter, «Studies on Psychosomatic Implications of Infertility: Effects of Emotional Stress

on Fertilization and Implantation in In Vitro Fertilization», *Human Reproduction,* vol. 3, núm. 3, abril de 1988, pp. 341-352.

32. F. Facchinetti y otros, «An Increased Vulnerability to Stress Is Associated with a Poor Outcome of In Vitro Fertilization-Embryo Transfer Treatment», *Fertility and Sterility,* vol. 67,1997, pp. 309-314.

33. Karl Menninger, «Somatic Correlations with the Unconscious Repudiation of Femininity in Women», *Journal ofNervous and Mental Disease,* vol. 89,1939, p. 514; Therese Benedek y Boris Rubenstein, «Correlation Between Ovarían Activity and Psychodynamic Processes: The Ovulatory Phase», *Psychosomatic Medicine,* vol. 1, núm. 2,1939, pp. 245-270; A. Mayer, «Sterility in Women as a Result of Functional Disturbance», *Journal of the American Medical Association,* vol. 105,1935,p. 1474;y Remeter, «Studies on Psychosomatic Implications of Infertility...» (véase nota 32).

34. Havelock Ellis, *Studies in the Psychology of Sex,* Davis and Co., Filadelfia, 1928; T. H. Van de Veld, *Fertility and Sterility in Marriage,* Covici-Fried, Nueva York, 1931.

35. Therese Benedek y otros, «Some Emotional Factors in Infertility», *Psychosomatic Medicine,* vol. 15, núm. 5, 1953, pp. 485-498; Jeker y otros, «Wish for a Child and Infertility...» (véase nota 30).

36. T. E. Mandy y A. J. Mandy, «Psychosomatic Aspects of Infertility», *International Journal of Fertility,* vol. 3, 1958, p. 287; H. R. Cohén, «The Psychosomatic Factor in Infertility», *International Journal of Fertility,* vol. 6,1961, p. 396; y A. W. McLeod, «Some Psychogenic Aspects of Infertility», *Fertility and Sterility,* vol. 15, 1969, **p.** 124.

37. H. F. Dunbar, *Emotions and Bodily Changes,* Columbia University Press, Nueva York, 1935, p. 595; R. L. Dickerson, «Medical Analysis of 1000 Marriages», *Journal of the American Medical Association,* vol. 97, 1931, p. 529; y C. C. Norris, «Sterility in the Female Without Gross Pathology», *Surgery, Gynecology, and Obstetrics,* vol. 15,1912, p. 706.

38. D. H. Hellhammer y otros, «Male Infertility, Relationships Among Gonadotropins, Sex Steroids, Seminal Parameters, and Personality Attitudes», *Psychosomatic Medicine,* vol. 47, núm. 1, 1985, pp. 58-66.

39. Parte de este material se publicó originalmente en la hoja informativa que publica la doctora Christiane Northrup, *Health Wisdom for Women,* de junio de 1997.

40. Niravi Payne, *The Language of Fertility*, Harmony, Nueva York, 1997.

41. En tanto que el porcentaje de embarazos para otras parejas estériles que siguen algún tipo de tratamiento médico fluctúa entre el 17 y el 25 por ciento, para las que siguen el programa del doctor Domar es del 44 por ciento, con un 37 por ciento de nacidos vivos (algunos embarazos terminan en aborto espontáneo). «The Goddess of Fertility», *Boston Magazine,* marzo de 1997, pp. 57-117.

42. Facchinetti y otros, «An Increased Vulnerability to Stress» (véase nota 33).

43. E. Dewan, «On the Possibility of a Perfect Rhythm Method of Birth Control by Periodic Light Stimulation», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 99, núm. 7, 1 de diciembre de 1967, pp. 1016-1019. Véanse también las notas del capítulo 5.

44. E. R. González, «Sperm Swim Singly after Vitamin C Therapy», *Journal of the American Medical Association,* vol. 20, 1983, p. 2747; T. R. Hartoma y otros, «Zinc, Plasma Androgens, and Male Sterility», carta al director, *Lancet,* vol. 3, 1977, pp. 1125-1126; M. Igarashi, «Augmentative Effects of Ascorbic Acid upon Induction of Human Ovulation in Clomiphene Ineffective Anovulatory Women», *International Journal of Fertility,* vol. 22, núm. 3,1977, pp. 68-73; y D. W. Dawson, «Infertility and Folate Deficiency», informes de casos, *British Journal of Ohstetrics and Gynaecology,* vol. 89,1982, p. 678.

45. J. Hargrove y E. Guy, «Effect of Vitamin B_6 on Infertility in Women with Premenstrual Tensión Syndrome», *Infertility,* vol. 2, núm. 4,1979, pp. 315-322.

46. D. E. Stewart y otros, «Infertility and Eating Disorders», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 163,1990, pp. 1196-1199.

47. Hopkins, «Tales from the Baby Factory» (véase nota 31).

48. Lucia Cappachione, *The Wisdom of Your Other Hand,* Newcastle Publishing Co., North Hollywood (California), 1990.

49. Para más información, se puede escribir a Whitney Oppersdorff a la siguiente dirección: RFD 2, Box 606, Lincolnville, ME 04849.

50. A. Blau y otros, «The Psychogenic Etiology of Premature Births», *Psychosomatic Medicine,* vol. 25, 1963, p. 201; Robert J. Weil, «The Problem of Spontaneous Abortion», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 73,1957, p. 322.

51. Robert J. Weil y C. Tupper, «Personality, Life Situation, Communication: A Study of Habitual

Abortion», *Psychosomatic Medicine,* vol. 22, núm. 6, 1960, pp. 448-455.

52. Ibíd.

53. E. R. Grimm, «Psychological Investigation of Habitual Abortion», *Psychosomatic Medicine,* vol. 24, núm. 4,1962, pp. 370-378.

54. R. L. VandenBergh, «Emotional Illness in Habitual Aborters Following Suturing of Incompetent Cervical Os», *Psychosomatic Medicine,* vol. 28, núm. 3, 1966, pp. 257-263.

55. Union of Concerned Scientists, 26 Church Street, Cambridge, MA 02238; tel. (617) 547 55 52.

Capítulo 12: El embarazo y el parto

1. Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos, Centro Nacional de Estadísticas de la Salud, *Wanted and Unwanted Births by Mothers 15- 44 Years of Age: United States, 1973,* Government Printing Office, Washington, D.C., 1973; datos previos de *Vital and Health Statistics,* núm. 9,10 de agosto de 1977; Institutos Nacionales de Salud, Instituto de Salud Infantil y Desarrollo Humano, informes de investigaciones (noviembre de 1992), disponibles en NICHD Office of Research Reporting, building 31, room 2A312; National Institutes of Health, Bethesda, MD 20892; tel. (301) 496 51 33; M. D. De Muylder y otros, «A Woman's Attitude Toward Pregnancy: Can It Predispose Her to Preterm Labor?», *Journal of Reproductive Medicine*, vol. 37, núm. 4, abril de 1992; R. Newton y L. Hunt, «Psychosocial Stress in Pregnancy and Its Relationship to Low Birth Weight», *British Medical Journal,* vol. 288,1984, *p.* 1191.

2. Ronald Meyers, «Maternal Anxiety and Fetal Death», *Psychoneuroimmunology in Reproduction,* Elsevier/North-Holland Biomedical Press, 1979, pp. 555-573.

3. L. E. Mehl y otros, «The Role of Hypnotherapy in Facilitating Normal Birth», en P. G. Fedor-Freyburgh y M. L. V. Vogel, eds., *Encounter with the Unbom: Perinatal Psychology and Medicine,* Parthenon, Park Ridge (Nueva Jersey), 1988, pp. 189-207; L. E. Mehl, «Hypnosis in Preventing Premature Labor», *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology,* vol. 8,1988, pp. 234-240; A. Omer, «Hypnosis and Premature Labor*, *Journal of Psychosomatic Medicine,* vol. 57,1986, pp. 454-460.

4. R. L. VandenBergh y otros, Emotional Illness in Habitual Aborters Following Suturing of the Incompetent Cervical Os», *Psychosomatic Medicine,* vol. 28, núm 3, 1966, pp. 257-263.

5. G. Berkowitz y S. Kasl, «The Role of Psychosocial Factors in Spontaneous Preterm Delivery», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 27,1983, p. 283; R. Newton y otros, «Psychological Stress in Pregnancy and Its Relation to the Onset of Premature Labour», *British Medical Journal,* vol. 2,1979, p. 411; A. Blau y otros, «The Psychogenic Etiology of Premature Births: A Preliminary Report», *Psychosomatic Medicine,* vol. 25,1963, p. 201.

6. V. Laukaran y C. Van Den Berg, «The Relationship of Maternal Attitude to Pregnancy Outcomes and Obstetric Complications: A Cohort Study of Unwanted Pregnancies», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 139,1981, p. 956; R. McDonald, «The Role of Emotional Factors in Obstetric Complications», *Psychosomatic Medicine,* vol. 30, 1968, p. 222; M. D. De Muylder, «Psychological Factors and Preterm Labour», *Journal of Reproductive Psychology,* vol. 7,1989, p. 55.

7. R. Myers, «Maternal Anxiety and Fetal Death», en L. Zichella y P. Pancheri (eds.), *Psychoneuroendocrinology and Reproduction,* Elsevier, Nueva York, 1979.

8. L. E. Mehl, «A Psychosocial Prenatal Intervention to Reduce Alcohol, Smoking, and Stress and Improve Birth Outcome Among Minority Women». Puede pedirse a: Dr. Lewis Mehl-Medrona, 16 Quail Run, South Burlington, VT 05403; tel. (800) 931 85 84.

9. H. P. Schobel y otros, «Preeclampsia: A State of Sympathetic Overactivity», *New England Journal of Medicine,* vol. 335, núm. 20,1996, pp. 480-485; H. J. Passloer, «Angstlich-Feindseliges Verhalten ais Prakursor einer schauangerschaftsinduzierten hypertonie (SIH)», Z. *Gehurtsh Perinat,* vol. 195,1991, pp. 137-142.

10. E. Muller-Tyl y B. Wimmer-Puchinger, «Psychosomatic Aspects of Toxemia», *Journal of Psychosomatic Ohstetrics and Gynecology,* vol. 1, núms. 3-4, 1982, pp. 111-117; C. Ringrose, «Psychosomatic Influence in the Genesis of Toxemia of Pregnancy», *Canadian Medical Association Journal,* vol. 84,1961, p. 647; y A. J. Copper, «Psychosomatic Aspects of Pre-eclamptic Toxemia», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 2,1958, p. 241.

11. R. L. McDonald, «Personality Characteristics in Patients with Three Obstetric Complications», *Psychosomatic Medicine*, vol. 27, núm. 4, 1965, pp. 383-390.

12. C. Cheek y E. Rossi, *Mind-Body Hypothesis,* W. W. Norton, Nueva York, 1989.

13. L. Mehl, «Hypnosis and Conversión of the Breech to the Vertex Position», *Archives of Family Medicine,* vol. 3,1994, pp. 881-887.

14. Katz y otros, «Catecholamine Levels in Pregnant Physicians and Nurses: A Pilot Study of Stress and Pregnancy», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 77, núm. 3, marzo de 1991, pp. 338-341.

15. Judith Levitt, *Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1950,* Oxford University Press, Nueva York, 1988.

16. R. Sosa y otros, «The Effect of Supportive Companions on Perinatal Problems, Length of Labor, and Mother-Infant Interaction», *New England Journal of Medicine,* vol. 303,1980, pp. 597-600; M. H. Klaus, J. H. Kennell, S. S. Robertson y R. Sosa, «Effects of Social Support During Parturition in Maternal and Infant Mortality», *British Medical Journal,* vol. 293,1986, pp. 585-587; M. H. Klaus, J. H. Kennell, G. Berkowitz y P. Klaus, «Maternal Assistance and Support in Labor: Father, Nurse, Midwife, or Doula?», *Clinical Consultation in Obstetrics and Gynecology,* vol. 4, diciembre de 1992.

17. Robert M. Sapolsky, *Why Zebras Don't Gert Ulcers,* (W. H. Freeman, Nueva York, 1994), pp. 116-122. [Hay traducción al castellano: *¿Por qué las cebras no tienen úlcera f: la guía del estrés,* Alianza Editorial, Madrid, 1995.]

18. F. T. Kapp y otros, «Some Psychological Factors in Prolonged Labor Due to Inefficient Uterine Action», *Comparative Psychiatry,* vol. 4, 1963, p. 9; L. Gunter, «Psychopathology and Stress in the Life Experience of Mothers of Premature Infants», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 86,1963, p. 333; A. Davids y S. Devault, «Maternal Anxiety During Pregnancy and Childbirth Abnormalities», *Journal of Psychosomatic Medicine,* vol. 24,1972, p. 464.

19. J. J. Oat y otros, «Characteristics and Motives of Women Choosing Elective Induction of Labor», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 30, núm. 3, 1986, pp. 375-380.

20. Citado en Gayle H. Peterson, *Birthing Normally: A Personal Approach to Childbirth,* Mindbody Press, Berkeley (California), 1981, Apéndice 2, pp. 181-199. Véanse también Lewis Mehl, Gayle Peterson y otros, «Complications of Home Delivery: Analysis of a Series of 287 Deliveries from Santa Cruz, California», *Birth and Family Journal,* vol. 2, núm. 4, 1975, pp. 123-131; y Gayle Peterson, Lewis Mehl y otros, «Outcome of 1146 Elective Home Births», *Journal of Reproductive Medicine,* vol. 19, núm. 3,1977, pp. 281-290.

21. Los datos están tomados de Houston Healthcare Coalition, Houston (Texas), Comunicación personal con la doctora Bethany Hays.

22. D. A. Luthy, K. K. Shy y otros, «Effects of Electronic Fetal Heart Rate Monitoring, As Compared with Periodic Auscultation, on the Neurologic Development of Premature Infants», *New England Journal of Medicine,* 1 de marzo de 1990, pp. 588-593.

23. S. Gardener, «When Your Patient Demands a C-Section», *OBG Management,* noviembre de 1991.

24. L. S. Wilcox y otros, «Episiotomy and Its Role in the Incidence of Perineal Lacerations in a Maternity Center and a Tertiary Hospital Obstetric Service», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 160,1989, pp. 1047-1052.

25. Datos tomados de Watson Bowes, «Should Routine Episiotomy Be Performed Routinely in Primiparus Women?», *Ob/Gyn Forum,* vol. 5, núm. 4,1991, pp. 1-4.

26. P. Shiono y otros, «Midline Episiotomies: More Harm than Good», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 75, núm. 5, mayo de 1990, pp. 765-770.

27. Walker y otros, «Epidural Anesthesia, Episiotomy, and Obstetric Laceration», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 77, núm. 5, mayo de 1991, pp. 668-671.

28. J. Ecker y otros, «Is There a Benefit to Episiotomy at Operative Vaginal Delivery: Observations over 10 Years in a Stable Population», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 176,1997, pp. 411-414.

29. James Thorpe y otros, «The Effect of Continuous Epidural Anesthesia on Cesarean Sections for Dystocia in Primiparus Patients», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* septiembre de 1989; H. Kaminski, A. Stañ y J. Aiman, «The Effect of Epidural Analgesia on the Frequency of Instrumental Obstetric Delivery», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 69, núm. 5, mayo de 1987; L. Fusi, P. J. Steer, M. J. A. Maresh y R. W. Bears, «Maternal Pyrexia Associated with the Use of Epidural Analgesia in Labour», *Lancet,* 1989, pp. 1250-1252.

30. E. Lieberman y otros, «Association of Epidural Analgesia with Caesarean Delivery in Nulliparas», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 88, 1996, pp. 993-1000; Shiv Sharma y otros, «Cesarean Delivery: A

Randomized Trial of Epidural versus Patient-Controlled Meperidine Analgesia during Labor», *Anesthesiology,* vol. 87, núm. 3,1997, pp. 487-494; David Chestnut, «Epidural Analgesia and the Incidence of Cesarean Section», *Anesthesiology,* vol. 87, núm 3,1997, pp. 472-476.

31. E. Lieberman, «Epidural Analgesia, Intrapartum Fever, and Neonatal Sepsis Evaluation», *Pediatrics,* vol. 99, núm. 1,1997, pp. 415-419.

32. Jeanne Achterberg, *Woman as Healer,* Shambhala, Boston, 1990, p. 126.

33. Llamada Maniobra de los McRobert, esto se puede demostrar levantando las piernas y colocándolas en posición de cuclillas estando echada en la cama de espaldas.

34. M. Klaus, J. Kennell y P. Klaus, ***Mothering the Mother: How a Doula Can Help You Have Shorter, Easier, and Healthier Birth,*** (Addinson-Wesley, Nueva York), 1993, p. 25.

35. Jacqueline Stenson, «Number of C-sections Must Be Reduced», *Medical Tribune,* 2 de mayo de 1996.

36. Información del *Medical Tribune,* 21 de marzo de 1996.

37. Rara vez se rompen las membranas por los exámenes pelvianos. Tal vez las mías se rompieron debido a que el cordón umbilical no estaba insertado en la placenta del modo habitual, sino a través de las membranas, lo cual se llama «placenta velamentosa». O tal vez es que estaban a punto de romperse.

38. Como veremos, estar «distraída» en medio de un proceso tan importante como el parto podría no ser el mejor método.

39. Vicki Noble, *Shakti Woman,* Harper and Row, San Francisco, 1992.

Capítulo 13: La maternidad: El vínculo con el bebé

1. Marshall H. Klaus y John H. Kennell, *Matemal-Infant Bonding,* C. V. Mosby Company, St. Louis (Missouri), 1976.

2. Marshall H. Klaus y John H. Kennell, *Parent-Infant Bonding,* C. V. Mosby Company, St. Louis, 1982.

3. C. M. Kuhn y otros, «Tactile-Kinesthetic Stimulation Effects on Sympathetic and Adrenocortical Function in Preterm Infants», *Journal of Pediatrics,* vol. 119, núm. 3,1991, pp. 434-440.

4. En realidad, los primeros estudios sobre poner bebés en «incubadoras» se realizaron con bebés prematuros que no se esperaba que vivieran, los cuales, por lo tanto, habían sido «desechados» por sus madres. Martin Cooney, pionero en la atención neonatal, puso a un grupo de estos bebés en incubadoras e hizo una gira con ellos, incluso a la Feria Mundial de Chicago, donde puso una atracción titulada «Bebés vivos en incubadoras»; su venta de entradas sólo fue superada por Sally Rand, la Bailarina Abanico. Una vez que los bebés alcanzaron un cierto peso, trató de devolvérselos a sus madres, pero estas no los quisieron, ya que no habían formado ningún vínculo emocional con ellos. Esta información está tomada de Klaus y Kennell, *Matemal-Infant Bonding.*

5. H. Viinamaki y otros, «Evolution of Postpartum Mental Health», *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology,* vol. 18,1997, pp. 213-219; D. D. Affonso y G. Domino, «Postpartum Depression: A Review», *Birth,* vol. 11, núm 4, invierno de 1984, pp. 231-235.

6. K. Dalton, «Successful Prophylactic Progesterone for Ideopathic Post-Natal Depression», *International Journal of Prenatal Studies,* 1989, pp. 322-327.

7. D. Sichel y otros, «Prophylactic Estrogen in Recurrent Postpartum Affective Disorder», *Society of Biological Psychiatry,* vol. 38, 1995, pp. 814-818.

8. A. Taddio y otros, «Efficacy and Safety of Lidocaine-Prilocaine Cream During Circumcision», *New England Journal of Medicine,* vol. 336, núm 17,24 de abril de 1997, pp. 1197-1201.

9. George Dennison, «Unnecessary Circumcision», *Female Patient,* vol. 17, julio de 1992, p. 13.

10. Se pueden obtener informes sobre los efectos de la circuncisión en el Circumcision Resource Center, escribiendo a Ronald Goldman, P.O. Box 232, Boston, MA 02133; tel. (617) 523 00 88.

11. Número de julio/agosto de 1995 de la revista *Baby Friendly Hospital Initiative Newsletter,* citado por Elizabeth Baldwin en el artículo «So Why Do We Have Breastfeeding Legislation?», *New Beginnings: La Leche League's Breastfeeding Journal,* vol. 13, núm. 2, marzo-abril de 1996, p. 43.

12. E. E. Ziegler y otros, «Cow's Milk Feeding in Infancy: Further Observations on Blood Loss from the Gastrointestinal Tract», *Journal of Pediatrics,* vol. 116,1990, pp. 11-18.

13. Frank Oski, *Don't Drink Your Milk,* Mollica Press, Syracuse (Nueva York), 1983. Se puede en-

cargar a Teach Services, Route 1, Box 182, Brushton, NY12916; tel. (800) 367 18 44.

14. A. Lucas y otros, «Breast Milk and Subsequent Intelligence Quotient in Children Born Preterm», *Lancet,* 1 de febrero de 1992, pp. 261-264.

15. Una solución podría ser la visualización mencionada al final del apartado sobre el aumento de tamaño de los pechos en el capítulo 10.

16. Ellen Goodman, «Search for Father Dominating Lives», *Portland Press Herald,* 10 de abril de 1992, publicado anteriormente por el *Boston Globe.*

17. Nancy McBrine Sheehan, 11 Fox Run, East Sandwich, MA 02537; publicado aquí con el permiso de la autora.

Capítulo 14: La menopausia

1. Tamara Slayton, *Reclaiming the Menstrual Matrix: Evolving Feminine Wisdom- A Workbook* (Menstrual Health Foundation, Petaluma [California], 1990), p. 41.

2. Ibíd.

3. J. C. Prior y otros, «Spinal Bone Loss and Ovulatory Disturbances», *New England Journal of Medicine,* vol. 323,1990, pp. 1221-1227.

4. C. Longscope, R. Hunter y C. Franz, «Steroid Secretion by the Postmenopausal Ovary», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 138, 1980, pp. 654-668; C. Longscope, C. Bourget y C. Flood, «The Production and Aromatization of Dehydroepiandrosterone in Postmenopausal Women», *Maturitas,* vol. 4, 1982, pp. 325-332; C. Longscope, W. Jaffe y G. Griffing, «Production Rates of Androgens and Oestrogens in Post-Menopausal Women», *Maturitas,* vol. 3,1981, pp. 215-223.

5. W. M. Jeffries, «Cortisol and Immunity», *Medical Hypotheses,* vol. 34, 1991, pp. 198-208: J. P. Kahn y otros, «Salivary Cortisol: A Practical Method for Evaluation of Adrenal Function», *Biological Psychiatry,* vol. 23, 1988, pp. 335-349; M. H. Laudet y otros, «Salivary Cortisol: A Practical Approach to Assess Pituitary-Adrenal Function», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 66,1988, pp. 343-348; R. F. Vining y R. A. McGinley, «The Measurement of Hormones in Saliva: Posibilities and Pitfall»,/ownW *of Steroid Biochemistry,* vol. 27, núms. 1-3,1987, pp. 81-94.

6. E. Barrett-Connor y otros, «A Prospective Study of Dehydroepiandrosterone Sulfate, Mortality, and Cardiovascular Disease», *New England Journal of Medicine,* vol. 315, núm. 24, 1986, pp. 1519-1524; R. E. Bulbrook y otros, «Relation Between Urinary Androgen and Corticoid Excretion and Subsequent Breast Cáncer», *Lancet,* 1971, pp. 395-398; S. E. Monroe y K. M. J. Menon, «Changes in Reproductive Hormone Secretion During the Climateric and Postmenopausal Periods», *Clinical Ohstetrics and Gynecology,* vol. 20,1977, pp. 113-122; W. Regelson y otros, «Hormonal Intervention: "Buffer Hormones" or "State Dependency": The Role of DHEA, Thyroid Hormone, Estrogen, and Hypophysectomy in Aging», *Annals of the New York Academy of Sciences,* vol. 521, 1988, pp. 260-273. Un reciente estudio sobre mujeres posmenopáusicas, con edades entre 60 y 70 años y que utilizan crema para la piel de deshidroepiandrosterona, muestra que, al cabo de un año de tratamiento, las mujeres experimentaban una disminución de un 10 por ciento de la grasa corporal, un 10 por ciento de aumento de la masa muscular, y la disminución de los niveles de azúcar en la sangre, insulina y colesterol. Su tejido vaginal también mostraba un engrosamiento similar al obtenido mediante estrógenos, pero sin que hubiera estimulación del revestimiento del útero. Asimismo se observó un aumento de la densidad ósea. Por desgracia, estas mujeres también experimentaron un aumento del 70 por ciento de la grasa cutánea, lo que se tradujo en acné (efecto que probablemente podría haberse reducido con dosis algo más bajas). Véase R. Sahelian, «Landmark OneYear DHEA Study», *Health Counselor,* vol. 9, núm. 2,1997, pp. 46-47.

7. Ralph Golan, *Optimal Wellness* (Ballantine, Nueva York, 1995), especialmente el cap. 11, «Adrenal Exhaustion», pp. 197-207; E. Ilya, *The New Definition of Stress Evaluation: Adrenal Stress Index,* Diagnos-Techs, Kent (Washington), 1991; Laudet y otros, «Salivary Cortisol...», art. cit. (véase nota 5); Kahn y otros, «Salivary Cortisol...», art. cit. (véase nota 5); J. B. Jemmott y otros, «Academie Stress, Power, Motivation, and Decrease in Salivary IgA Secretion Rate», *Lancet,* junio de 1983, pp. 1400-1402; F. Horst y J. Born, «Evidence for the Entrainment of Nocturnal Cortisol Secretion and Sleep Process in Human Beings», *Neuroendocrinology,* vol. 53, 1991, pp. 171-176; J. W. Tintera, «The Hypoadrenocortical State and Its Management», *New York Journal of Medicine,* vol. 55, núm. 13,1 de julio de 1955.

8. R. McCraty, M. Atkinson, W. A. Tiller y otros, «The Effects of Emotions on Short-Term Heart Rate Variability Using Power Spectrum Analysis», *American Journal of Cardiology,* vol. 76, núm. 14, 1995,

pp. 1089-1093; R. McCraty, B. Barrios-Choplin, D. Rozman y otros, «New Emotional Stress Reduction Program Increases DHEA and Reduces Cortisol»; puede solicitarse al Institute of HeartMath, Research División, P.O. Box 1463, 14700 West Park Avenue, Boulder Creek, CA 95006; tel. (408) 338 87 00.

9. J. Hargrove y E. Eisenberg, «Menopause», *Medical Clinics of North America,* vol. 79, núm. 6,1995, pp. 1337-1356.

10. C. B. Coulam, «Premature Gonadal Failure», *Fertility and Sterility,* vol. 38, núm. 645, 1982; C. B. Coulam, S. C. Adamson y J. F. Annegers, «Incidence of Premature Ovarian Failure», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 67, núm. 4,1986; R. des Moraes y otros, «Autoimmunity and Ovarian Failure», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 112, núm. 5, 1972; H. J. Gloor, «Autoimmune Oophoritis», *American Journal of Clinical Pathology,* vol. 81, 1984, pp. 105-109; M. Leer, B. Patel, M. Innes y otros, «Secondary Amenorrhea Due to Autoimmune Ovarian Failure», *Australia and New Zealand Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 20, 1980, pp. 177-179; T. Miyake y otros, «Acute Oocyte Loss in Experimental Autoimmune Oophoritis as a Possible Model of Premature Ovarian Failure», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 158, núm. 1,1988; T. Miyake y otros, «Evidence of Autoimmune Etiology in Some Premature Menopause», O*bGyn News,* noviembre de 1985.

11. J. Pfenninger, «Sex and the Maturing Female», *Mature Health,* enero-febrero de 1987, pp. 12-15.

12. L. Zussman y otros, «Sexual Response After Hysterectomy-Oophorectomy: Recent Studies and Reconsideration of Psychogenesis», *American Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 140, núm. 7,1981, pp. 725-729.

13. L. C. Swartzman, «Impact of Stress on Objectively Recorded Menopausal Hot Flashes and on Flush Report Bias», *Health Psychology,* vol. 9, 1990, pp. 529- 545.

14. B. R. Bhavnani y A. Cecutti, «Pharmacokinetics of 17b-Dihydroequilin Sulfate and 17b-Dihydroequilin in Normal Postmenopausal Women», *Journal of Clinical Endocrinology and Metaholism,* vol. 78, 1994, pp. 197-204.

15. Jerilynn Prior, «Critique of Estrogen Treatment for Heart Attack Prevention: The Nurses Health Study», *A Friend Indeed,* vol. 8, núm. 8, enero de 1992, pp. 3-4; S. Rako, *The Hormone of Desire: The Truth Ahout Sexuality, Menopause, and Testosterone,* Harmony, Nueva York, 1996; S. P. Robins, «Collagen Crosslinks in Metabolic Bone Disease», *Acta Orthopaedica Scandinavia,* vol. 66, 1995, pp. 171-175; I. Rosenberg y J. Miller, «Nutritional Factors in Physical and Cognitive Functions of Elderly People», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 55, 1992, pp. 1237S-1243S; R. Ruz y W. Stamm, «A Controlled Trial of Intravaginal Estriol in Post-Menopausal Women with Recurrent Urinary Tract Infections», *New England Journal of Medicine,* vol. 329, núm. 11,1993, pp. 753-756.

16. M. J. Dabbs, «Salivary Testosterone Measurements: Collecting, Storing, and Mailing Salivary Samples», *Physiology and Behavior,* vol. 49, 1990, pp. 815-887; P. Ellison, «Measurements of Salivary Progesterone», *Annals of the New York Academy of Sciences,* 1992, pp. 161-176; S. Lipson y P. Ellison, «Development of Protocols for the Application of Salivary Steroid Analysis to Filed Conditions», *American Journal of Human Biology,* vol. 1,1989, pp. 249-255.

17. A. Follingstad, «Estriol, the Forgotten Hormone», *Journal of the American Medical Association,* vol. 239, núm. 1,1978, pp. 29-39; H. Lemon, «Clinical and Experimental Aspects of the Anti-Mammary Carcinogenic Activity of Estriol», *Frontiers of Hormonal Research,* vol. 5, núm. 1, 1977, pp. 155-173; H. Lemon, «Estriol Prevention of Mammary Carcinoma Induced by 7,12-Dimethylbenzathrecene and Procarbazine», *Cáncer Research,* vol. 35,1975, pp. 1341-1353; H. Lemon, «Oestirol and Prevention of Breast Cáncer», *Lancet,* vol. 1, núm. 802, 1973, pp. 546-547; Lemon, «Pathophysiologic Considerations in the Treatment of Menopausal Patients with Oestrogens: The Role of Oestriol in the Prevention of Mammary Cáncer», *Acta Endocrinología,* vol. 233, supl., 1980, pp. 17-27; H. Lemon, H. Wotiz, L. Parsons y otros, «Reduced Estriol Excretion in Patients with Breast Cáncer Prior to Endocrine Therapy», *Journal of the American Medical Association,* vol. 196, 1966, pp. 1128-1136; B. G. Wren yj. A. Edén, «Do Progesterones Reduce the Risk of Breast Cáncer? A Review of the Evidence», *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society,* vol. 3, núm. 1,1996, pp. 4-12.

18. R. Punnonen y L. Raurama, «The Effect of Longterm Oral Oestriol Succinate Therapy on the Skin of Castrated Women», *Annals of Gynecology,* vol. 66,1977, p. 214.

19. M. van Haaften, G. H. Donker, A. A. Haspeis y otros, «Oestrogen Concentrations in Plasma, Endometrium, Myometrium, and Vagina of Postmenopausal Women, and Effects of Vaginal Oestriol (E3) and Oestradiol (E2) Applications», *Journal of Steroid Biochemistry,* vol. 4A, 1989, pp. 647-653.

20. Hargrove y Eisenberg, «Menopause», art. cit. (v. nota 9).

21. Ibíd.

22. J. Hargrove y otros, «Menopausal Hormone Replacement Therapy with Continuous Daily Oral Micronized Estradiol and Progesterone», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 73, núm. 4, 1989, pp. 606-612.

23. Citado en A. Voda, M. Dinnerstein y C. R. O'Donnell (eds.), *Changing Perspectives on Menopause* (University of Texas Press, Austin, 1982).

24. J. K. Brown y V. Kerns (eds.), *In Her Prime: A New View of Middle-Aged Women,* Bergin 8c Garvey, Amherst (Massachusetts), 1985.

25. E Kronenberg y J. A. Downey, «Thermoregulatory Physiology of Menopausal Hot Flashes: A Review», *Canadian Journal of Physiological Pharmacology,* vol. 1987, pp. 1312-1324.

26. R. S. Finkler, «The Effect of Vitamin E in the Menopause», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 9,1949, pp. 89-94.

27. C. J. Smith, «Non-hormonal Control of Vasomotor Flushing in Menopausal Patients», *Chicago Medicine,* vol. 67, núm. 5,1964, pp. 193-195.

28. H. Aldercreutz y otros, «Dietary Phyto-oestrogens and the Menopause in Japan», *Lancet,* vol. 339, 1992, p. 1233; M. J. Messina, V. Persky, K. D. R. Setchell y otros, «Soy Intake and Cáncer Risk: A Review of the In Vitro and In Vivo Data», *Nutrition and Cáncer,* vol. 21,1994, pp. 113-131; y G. Wilcox y otros, «Oestrogenic Effects of Plant Foods in Postmenopausal Women», *British Medical Journal,* vol. pp. 905-906.

29. C. A. B. Clemetson, S. J. DeCarol, G. A. Burney y otros, «Estrogens in Food: The Almond Mystery», *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* vol. 15, pp. 515-521; S. O. Elakovich and J. Hampton, «Analysis of Couvaestrol, a Phytoestrogen, in Alpha Tablets Sold for Human Consumption», *Journal of Agricultural and Food Chemistry,* vol. 32,1984, pp. 173-175.

30. M, Murray, «HRT vs. Remifemin in Menopause», *American Journal of Natural Medicine,* vol. 3, núm. 4,1996, pp. 7-10; G. Warnecke, «Beeinflussung Klimakterischer Beschwerden durch ein Phytotherapeutikum», *Medwelt,* vol. 36, 1958, pp. 871-874.

31. Bukhman y O. I. Kirillov, «Effect of Eleutherococcus on Alarm-Phase of Stress», *Annual Review of Pharmacology,* vol. 8,1969, pp. 113-121; A. Milewicz, E. Gejdel y otros, « *Vitex agnus castus* Extract in the Treatment of Luteal Phase Defects Due to Hyperprolactinemia: Results of a Randomized Placebo-Controlled DoubleBlind Study», *Arzneimittel-Forschung/Drug Research,* vol. 43,1993, pp. 752-756; D.

32. Mowrey, *The Scientific Validation of Herbal Medicine,* Keats, New Canaan (Connecticut), 1986; G. Sliutz, P. Speiser y otros, «*Agnus castus* Extracts Inhibit Prolactin Secretion of Rat Pituitary Cells», *Hormone and Metabolic Research,* vol. 2,1993, pp. 253-255.

33. J. R. Lee, *What Your Doctor May Not Say You About Menopause,* Warner Books, Nueva York, 1996.

34. A. D. Domar y H. Dreher, *Healing Mind, Healthy Women,* Henry Holt 6c Co. (Nueva York, 1996), pp. 291-292; Swartzman, «Impact of Stress...», art. cit. (v. nota 13); R. R. Freedman y S. Woodward, «Behavioral Treatment of Menopausal Hot Flashes: Evaluation by Ambulatory Monitoring», *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* vol. 167,1992, pp. 436-439; L. C. Swartzman, R. Edelberg y E. Kemmann, «The Menopausal Hot Flush: Symptom Reports and Concomitant Physical Changes*, *Journal of Behavior Medicine,* vol. 13, 1990, pp. 15-30; D. W. Stevenson y D. J. Delprato, «Múltiple Component Self-Control Program for Menopausal Hot Flashes», *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology,* vol. 14, núm. 2,1983, pp. 137-140.

35. Susun Weed, ***Menopausal Years: The Wise Woman's Way: Alternative Approachesfor Women 30-90,*** Ash Tree Publishing, Woodstock (Nueva York), 1992.

36. M. Bygdeman y M. L. Swahn, «Replens versus Dienoestrol Cream in Symptomatic Treatment of Vaginal Atrophy in Postmenopausal Women», *Maturitas,* vol. 23,1996, pp. 259-263.

37. Rako, *The Hormone of Desire,* ob. cit. (v. nota 15).

38. V. L. Handa, «Vaginal Administration of Low-Dose Conjugated Estrogens: Systemic Absorption and Effects on the Endometrium», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 84,1994, pp. 215-218; G. M. Heimer y D. E. Englund, «Effects of Vaginally Administered Oestriol on Postmenopausal Urogenital Disorders: A Cytohormonal Study», *Maturitas,* vol. 3, 1992, pp. 171-179; C. S. Iosif, «Effects of Protracted Administration of Estriol on the Lower Urinary Tract in Postmenopausal Women», *Archives of Gynecology and Ohstetrics,* vol. 3, núm. 251,1992, pp. 115-120; A. L. Kirkengen, P. Andersen, E. Gjersoe y otros, «Oestriol in the Prophylactic Treatment of Recurrent Urinary Tract Infections in Postmenopausal Women», *Scandinavian Journal of Primary Health Care,* junio de 1992, pp. 139-142; Ruz y Stamm, «A Con-

trolled Trial...», art. cit. (v. nota 15); Van Haaften, Donker y otros, «Oestrogen Concentration...», art. cit. (v. nota 19).

39. L. Avioli, «Osteoporosis: A Growing National Health Problem», *Female Patient,* vol. 17,1992, pp. 25-28; W. A. Wallace, «The Increasing Incidence of Fractures of the Proximal Fémur: An Orthopedic Epidemic», *Lancet,* 1983, p. 1413.

40. W. S. Browner y otros, «Mortality Following Fractures in Older Women: The Study of Osteoporotic Fracture», *Archives of Intemal Medicine,* vol. 156, 1996, pp. 1521-1525; P. Dargen-Molina y otros, «Fall-Related Factors and Risk of Hip Fracture: The EPI-DOS Prospective Study», *Lancet,* vol. 348,1996, pp. 148-149.

41. D. Michaelson, C. Stratakis, L. Hill y otros, «Bone Mineral Density in Women with Depression», *New England Journal of Medicine,* vol. 335,1996, pp. 1176-1181.

42. C. E. Cann, M. C. Martin y R. B. Jaffe, «Decreased Spinal Mineral Content in Amenorrheic Women», *Journal of the American Medical Association,* vol. 25, núm. 5, 3 de febrero de 1984, pp. 626-629; J. S. Lindberg, M. R. Powell y otros, «Increased Vertebral Bone Mineral in Response to Reduced Exercise in Amenorrheic Runners», *Western Journal of Medicine,* vol. 146, 1987, pp. 39-42; R. Marcus y otros, «Menstrual Function and Bone Mass in Elite Women Distance Runners», *Annals of Infernal Medicine,* vol. 102,1985, pp. 158-163; J. C. Prior, «Spinal Bone Loss and Ovulatory Disturbances», *New England Journal of Medicine,* vol. 323, 1990, pp. 1221-1227.

43. M. Hernández-Ávila y otros, «Caffeine, Moderate Alcohol Intake, and Risk of Fracture of the Hip and Forearm in Middle-Aged Women», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 54,1991, pp. 157-163; D. E. Nelson, R. W. Suttin, J. A. Langois y otros, «Alcohol as a Risk Factor for Fall Injury Events Among Elderly Persons Living in the Community», *Journal of the Geriatric Society,* vol. 40, 1992, pp. 658-661; H. D. Nelson y otros, «Smoking, Alcohol, and Neuromuscular and Physical Function of Older Women», *Journal of the American Medical Association,* vol. 272, núm. 24,1994, pp. 1909-1913.

44. D. C. Bauer y otros, «Factors Associated with Appendicular Bone Mass in Older Women», *Archives of Intemal Medicine,* vol. 118, núm. 9,1993, pp. 657-665; D. P. Kiel y otros, «Caffeine and the Risk of Hip Fracture: The Framingham Study», *Biological Psychiatry,* vol. 23,1988, pp. 335-349.

45. B. Dawson-Hughes y otros, «Effect of Vitamin D Supplementation on Wintertime and Overall Bone Loss in Healthy Posmenopausal Women», *Annals of Intemal Medicine,* vol. 115, núm. 17,1991, pp. 505-512.

46. H. I. Abdalla, D. M. Hart, D. Purdee y otros, «Prevention of Bone Mineral Loss in Postmenopausal Women By Norethisterone», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 66,1985, pp. 789-792; J. Dequeker y E. De Muylder, «Long-term Progestogen Treatment and Bone Remodeling in Premenopausal Women: A Longitudinal Study», *Maturitas,* vol. 4, 1982, pp. 309-313; R. Lindsay, D. M. Hart, D. Purdee y otros, «Comparative Effectiveness of Estrogen and a Progestogen on Bone Loss in Postmenopausal Women», *Clinical Science and Molecular Medicine,* vol. 54, 1978, pp. 93-95; J. McCann y N. Horwitz, «Provera Alone Builds Bone», *Medical Tribune,* 22 de julio de 1987, pp. 4-5; J. C. Prior y otros, «Progesterone as a Bone-Tropic Hormone», *Endocrine Reviews,* vol. 11,1990, pp. 386-398; B. L. Riggs, J. Jowsery, P. J. Kelly y otros, «Effect of Sex Hormones in Bone in Primary Osteoporosis», *Journal of Clinical Investigation,* vol. 48, 1969, pp. 1065-1072; G. R. Snow y C. Anderson, «The Effect of 17-beta Estradiol and Progestogen on Trabecular Bone Remodeling in Oophorectomized Dogs», *Calcification Tissue,* vol. 39,1986, pp. 198-205.

47. John R. Lee, «Osteoporosis Reversal: The Role of Progesterone», *Clinical Nutrition Review,* vol. 10,1990, pp. 884-889; J. R. Lee, «Is Natural Progesterone the Missing Link in Osteoporosis Prevention and Treatment?», *Medical Hypotheses,* vol. 35,1991, pp. 316-318; J. R. Lee, «Osteoporosis Reversal with Transdermal Progesterone», *Lancet,* vol. 336,1990, p. 1327.

48. A. K. Banerjee, P. J. Lañe y F. W. Meichen, «Vitamin C and Osteoporosis in Oíd Age», *Age and Aging,* vol. 7, núm. 1,1978, pp. 16-18.

49. F. H. Nielsen, «Studies on the Relationship Between Boron and Magnesium Which Possibly Affects the Formation and Maintenance of Bones», *Magnesium Trace Elements,* vol. 9, núm. 2,1990, pp. 61-91; J. U. Reginster y otros, «Preliminary Report of Decreased Serum Magnesium in Post-Menopausal Osteoporosis», *Magnesmm,* vol. 8, núm. 2,1989, pp. 106-109.

50. T. L. Holbrook y otros, «Dietary Calcium and Risk of Hip Fracture: A 14- Year Prospective Population Study» *Lancet,* vol. 2, 1988, pp. 1046-1049; H. Spencer y otros, «Absorption of Calcium in Osteoporosis», *American Journal of Medicine,* vol. 37,1964, pp. 223-224.

51. F. H. Nielsen y otros, «Effects of Dietary Boron on Mineral, Estrogen, and Testosterone Metabolism in Post-Menopausal Women», *Federation of American Societies for Experimental Biology Journal,*

vol. 1,1987, pp. 394-397.

52. B. Zumoff, B. W. Strain, L. K. Miller y W. Roser, «24-Hour Mean Plasma Testosterone Concentration Declines with Age in Normal Premenopausal Women», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 80, núm. 4,1995, pp. 1429- 1430.

53. G. A. Bachmann, «Correlates of Sexual Desire in Postmenopausal Women», *Maturitas,* vol. 7, núm. 3, 1985, p. 211; citado en David Youngs, «Common Misconceptions About Sex and Depression During Menopause: A Historical Perspective», *Female Patient,* vol. 17, abril de 1992, pp. 25-28; Pfenningerm, «Sex and the Maturing Female», art. cit. (v. nota 11); J. R. Wilson, «Sexuality in Aging», en J. J. Sciarra, ed., *Gynecology and Ohstetrics,* (Harper and Row, Philadelphia, 1987), pp. 1-12.

54. Bachmann, «Correlates of Sexual Desire...», art. cit. (v. nota 52).

55. Pfenninger, «Sex and the Maturing Female», art. cit. (v. nota 11); William Master y Virginia Johnson, *Human Sexual Response,* Little, Brown and Co., Boston, 1966, pp. 117 y 238.

56. Mantak Chia y Maneewan Chia, *Cultivating Female Sexual Energy: Healing Love Through the Tao,* Healing Tao Books, Huntington (Nueva York), 1986; para encargarlo, véase nota 19 del capítulo 8.

57. Comunicación personal con el doctor Alan Gaby, especialista en medicina nutricional; comunicación personal con David Zava, Laboratorio Aeron Lifecycles.

58. J. K. Meyers, M. M. Weissman y G. L. Tischler, «Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorder in Three Communities», *Archives of General Psychiatry,* vol. 41,1984, p. 959.

59. S. M. McKinley, J. B. McKinlay y D. J. Bramblilla, «Health Status and Utilization Behavior Associated with Menopause», *American Journal of Epidemiology,* vol. 125,1987, p. 110.

60. M. Murray, «HRT vs. Remifemin in Menopause», *American Journal of Natural Medicine,* vol. 3, núm. 4,1996, pp. 7-10; Warnecke, «Beeinflussung...», art. cit. (v. nota 30).

61. S. Hozl, L. Demisch y B. Gollnik, «Investigations About Antidepressive and Mood Change Effects of *Hypericum perforatum», Planta Medica,* vol. 55, 1989, p. 643.

62. Marian Van Eck McCain, *Transformation Through Menopause,* Begin and Garvey, Amherst (Massachusetts), 1991.

63. Marguerite Holloway, «The Estrogen Factor», *Scientific American,* junio de 1992.

64. F. Grodstein y otros, «Postmenopausal Hormone Therapy and Mortality», *New England Journal of Medicine,* vol. 336, núm. 25,1997, pp. 1769-1775.

65. G. A. Colditz y otros, «The Use of Estrogens and Progestins and the Risk of Breast Cáncer in Postmenopausal Years», *New England Journal of Mediríne,* vol. 332, 1995, pp. 1589-1593; W. D. DuPont y D. L. Page, «Menopausal Estrogen Replacement Therapy and Breast Cáncer», *Archives of International Medicine,* vol. 151, 1991, pp. 67-72; J. B. Henrich, «The Postmenopausal Estrogen/Breast Cáncer Controversy», *Journal of the American Medical Association,vol.* 268,1992, pp. 1900- 1902; L. Speroff, «Postmenopausal Hormone Therapy and Breast Cáncer», *Obstetrics and Gynecology,* vol. 87, núm. 2, suplemento, 1996, pp. 445-545; K. K. Steinberg y otros, «A Meta-analysis of the effect of Estrogen Replacement Therapy on the Risk of Breast Cáncer», *Journal of the American Medical Association,* vol. 265,1991, pp. 1985-1990. S. Franceschi, A. Gavero, A. Decarli y otros, «Intake of Macronutrients and Risk of Breast Cáncer», *Lancet,* vol. 347,1996, pp. 1351-1356.

66. E. Ginsburg, N. Mello y otros, «Effects of Alcohol Ingestión on Estrogens in Postmenopausal Women», *Journal of the American Medical Association,* vol. 276, núm. 21,1996, pp. 1747-1751.

67. K. J. Chang y otros, «Influences of Percutaneous Administration of Estradiol and Progesterone on Human Breast Epithelial Cell in Vivo», *Fertility and Sterility,* vol. 63,1995, pp. 785-791.

68. P. D. Bulbrook, M. C. Swain, D. Y. Wang y otros, «Breast Cáncer in Britain and Japan: Plasma Oestradiol-17b Oestrone, and Progesterone, and Their Urinary Metabolites in Normal British and Japanese Women», *European Journal of Cáncer,* vol. 12, 1976, pp. 725-735; L. Speroff, «The Breast as an Endocrine Target Organ», *Contemporary Obstetrics and Gynecology,* vol. 9,1977, pp. 69-72; B. G. Wren y J. A. Edén, «Do Progestogens Reduce the Risk of Breast Cáncer? A Review of the Evidence», *Menopause: The Journal of the North American Menopause Society,* vol. 3, núm. 1,1996, pp. 4-12.

69. D. T. Zavor y G. Duwe, «Estrogenic and Antiproliferative Properties of Genistein and other Flavonoids in Human Breast Cáncer Cells in Vitro», *Nutrition and Cáncer,* vol. 27, núm. 1,1997, pp. 31-40.

70. M. Eades y M. D. Eades, *Protein Power,* Bantam, Nueva York, 1996; Rachel F. Heller y Richard F. Heller, *Healthy for Life,* Dutton, Nueva York, 1995. [Hay traducción al castellano: *Salud para toda la vida: El pro-factor H,* Urano, Barcelona. Tanto los doctores Eades como los doctores Heller han realizado una investigación pionera acerca de los efectos de la dieta, el exceso de grasa y la insulina en la salud.

Ambos equipos están disponibles para consultas por parte de médicos, y sus libros constituyen unas excelentes guías prácticas tanto para pacientes como para médicos.

71. J. Jeppesen y otros, «Effects of Low-Fat, High-Carbohydrate Diets on Risk Factors for Ischemic Heart Disease in Postmenopausal Women», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 65, 199, pp. 1027-1033.

72. M. Kearney y otros, «William Heberden Revisited: Postprandial Angina Interval-Interval Between Food and exercise and Meal Consumption Are Important Determinants of Time of Onset of Ischemia and Maximal Exercise Tolerance», *Journal of the American College of Cardiology,* vol. 29,1997, pp. 302-307.

73. B. M. Altura y otros, «Cardiovascular Risk Factors and Magnesium: Relationships to Atherosclerosis, Ischemic Heart Disease, and Hypertension», *Magnesium and Trace Elements,* vol. 10,1991-1992, pp. 182-192; R. DeFronzo y E. Ferrannini, «Insulin Resistance: A Multifaceted Syndrome Responsible for NIDDM, Obesity, Hypertension, Dyslipidemia, and Atherosclerotic Cardiovascular Disease», *Diabetes Care,* vol. 14, núm. 13,1991, pp. 173-194; A. Ferrara y otros, «Sex Differences in Insulin Leveis in Older Adults and the Effect of Body Size, Estrogen Replacement Therapy, and Glucose Tolerance Status: The Rancho Bernardo Study, 1984-87», *Diabetes Care,* vol. núm. 2, 1995, pp. 220-225; J. M. Gaziano, «Antioxidant Vitamins and Coronary Artery Disease Risk», *American Journal of Medicine,* vol. 97, 1994, pp. 3A-18S, 21S; J. Hallfrisch y otros, «High Plasma Vitamin C Associated with High Plasma HDL and HDL(2) Cholesterol», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 60, 1994, pp. 100-105; M. Modan y otros, «Hyperinsulinemia: A Link Between Hypertension, Obesity, and Glucose Intolerance», *Journal of Clinical Investigation,* vol. 75, 1985, pp. 809-817; H. Morrison y otros, «Serum Folate and Risk of Fatal Coronary Heart Disease», *Journal of the American Medical Association,* vol. 275, núm. 24, 1996, pp. 1893-1896; R. A. Riemersma y otros, «Risk of Angina Pectoris and Plasma Concentrations of Vitamins A, E, C, and Carotene», *Lancet,* vol. 337,1991, pp.1-5; M. Stampfer y otros, «Vitamin E Consumption and the Risk of the Coronary Heart Disease in Women», *New England Journal of Medicine,* vol. 328,1993, pp. 1444-1449; D. Steinberg y otros, «Antioxidants in the Prevention of Human Atherosclerosis», *Circulation,* vol. 85, núm. 6,1992, pp. 2338-2343; D. A. Street y otros, «A Population-Based Case Control Study of the Association of Serum Antioxidants and Myocardial Infarction», *American Journal of Epidemiology,* vol. 124,1991, pp. 719-720.

74. M. Daviglus y otros, «Fish Consumption and the 30-Year Risk of Fatal Myocardial Infarction», *New England Journal of Medicine,* vol. 336,10 de abril 1997, pp. 1046-1053.

75. D. Snowdwn y otros, «Linguistic Ability in Early Life and Cognitive Function and Alzheimer's Disease in Late Life», *Journal of the American Medical Association,* vol. 275, núm. 7, 1996, pp. 528-532.

76. V. Henderson y otros, «Estrogen Replacement Therapy in Older Women: Comparisons Between Alzheimer's Disease Cases and Nondemented Control Subjects», *Archives ofNeurology,* vol. 51,1994, pp. 896-900; H. Honjo, Y. Ogina, K. Tanaka y otros, «An Effect of Conjugated Estrogen to Cognitive Impairment in Women with Senile Dementia, Alzheimer's Type: A Placebo-Controlled Double Blind Study», *Journal ofthe Japanese Menopause Society,* vol. 1,1993, pp. 167-171; T. Ohkura, K. Isse, K. Akazawa y otros, «Evaluation of Estrogen Treatment in Female Patients with Dementia of the Alzheimer's Type», *Endocrine Journal,* vol. 41,1994, pp. 361-371; A. Paganini-Hill y V. W. Henderson, «Estrogen Deficiency and Risk of Alzheimer's Disease in Women», *American Journal of Epidemiology,* vol. 140, 1994, pp. 256-261.

77. M. Freedman, J. Knoefel y otros, «Computerized Axial Tomography in Aging», en M. L. Albert, ed., *Clinic Neurology of Aging,* Oxford University Press, Nueva York, 1984; U. Lehr y R. Schmitz-Scherzer, «Survivors and Non-survivors: Two Fundamental Patterns of Aging», en H. Thomas, ed., *Patterns of Aging,* S. Karger, Basilea, 1976; A. L. Benton, P. J. Eslinger y A. R. Damasio, «Normative Observations on Neuropsychological Test Performane in Oíd Age», *Journal of Clinical Neuropsychiatry,* vol. 3,1981, pp. 33-42.

78. P. H. Evans, J. Klinowski y E. Yano, «Cephaloconiosis: A Free Radical Perspective on the Proposed Particulate-Induced Etiopathogenesis of Alzheimer's Dementia and Related Disorders», *Medical Hypotheses,* vol. 34, 1991, pp. 209-219; I. Rosenberg y J. Miller, «Nutritional Factors in Physical and Cognitive Functions of Elderly People», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 55, 1992, pp. 1237S- 1243S; R. N. Strachan y J. G. Henderson, «Dementia and Folate Deficiency», *Quarterly Journal of Medicine,* vol. 36,1967, pp. 189-204.

79. J. F. Flood, J. E. Morley y E. Roberts, «Memory-Enhancing Effects in Male Mice of Pregne-

nolone and Steroids Metabolically Derived from It», *Proceedings from the National Academy of Sciences,* vol. 89, marzo de 1992, pp. 1567-1571; C. R. Mevril y otros, «Reduced Plasma DHEA Concentrations in HIV Infection and Alzheimer's Disease», en M. Kalimi y W. Regelson, eds., *The Biological Role of Dehydroepiandrosterone,* De Gruyter, Nueva York, 1990, pp. 101-105; W. Regelson y otros, «Dehydroepiandrosterone (DHEA)-The "Mother Steroid". I: Immunologic Action», *Annals of the New York Academy of Sciences,* vol. 719,1994, pp. 553-563; S. S. C. Yen y otros, «Replacement of DHEA in Aging Men and Women: Potential Remedial Effects», *Annals of the New York Academy of Sciencies,* vol. 774,1995, pp. 128-142.

80. S. Weed, de un folleto informativo para su libro *Menopausal Years* (véase nota 34).

Capítulo 15: Pasos para sanar

1. Ejercicio adaptado de un seminario en el que participé con Annie Gilí O'Toole, la autora del libro *Choosing Life,* que contiene muchos otros ejercicios para crearse una buena salud. Se puede encargar a Lighthouse International, 22 Stacey Rd., Marlborough, MA 01752; tel. (508) 624 77 35.

2. Esta enseñanza es de Abraham, que enseña a través de Esther Hicks. Siempre he considerado que las enseñanzas de Abraham constituyen un material muy práctico para vivir con alegría. Para mayor información, escribe a Abraham Hicks Publications, P.O. Box 690070, San Antonio, TX 78269.

3. Leslie Kussman, en comunicación personal con ella, el 6 de mayo de 1992, antes de que filmara *Harbour of Hope,* un documental sobre personas que han sanado de enfermedades crónicas o terminales. Para más información, escribir a Aquarius Productions, 31 Martin Road, Wellesley, MA 02181; tel. (617) 237 06 08.

4. Joe Dominguez y Vicki Robin, *Your Money or Your Life,* Viking, Nueva York, [Hay traducción al castellano: *La bolsa o la vida,* Planeta, Barcelona, 1997]; y Joe Dominguez, «Transforming Your Relationship with Money and Creating Financial Independence», folleto; escribir a New Road Map Foundation, P.O. Box 15981, Seattle,WA 98115.

5. Todas las obras de Louise Hay están publicadas en castellano por Ediciones Urano.

6. En uno de mis talleres, una mujer negra me dijo que su grupo de mujeres llamaba sencillamente «el proceso» a este trabajo profundo. Ella nunca había oído hablar de Ann Wilson Schaef ni de su obra.

7. Anne Wilson Schaef, taller intensivo combinado, Hermet (California), octubre de 1987.

8. Naomi Wolf ha documentado los trágicos aspectos de esto en *The Beauty Mith,* Morrow, Nueva York, 1990. [Hay traducción al castellano: *El mito de la belleza,* Emecé, Barcelona, 1991.]

9. Michael Marrón, *Instant Makeover Magic,* Rawson Associates, Nueva York, 1983.

10. Francés Scovell Shinn, *The Game of Life and How to Play It,* DeVorss and Co., Marina del Rey (California), 1925. [Hay traducción al castellano: *El juego de la vida,* Obelisco, Barcelona, 1993.]

11. Patricia Reis, *Through the Goddess,* Crossing Press, Freedom (California), Patricia Reis trabajó cuatro años con nosotras en Women to Women y nos enseñó los profundos hábitos que hay en la psique y el cuerpo de las mujeres.

12. K. Vogel y Vicki Noble, *The Motherpeace Round Tarot Deck,* U.S. Games Systems, Inc., 1983.

13. Vicki Noble, ***Motherpeace: A Way to the Goddess Through Myth, Art, and Tarot,*** Harper, San Francisco, 1983.

14. Una explicación en detalle de esto se encuentra en Vicki Noble, *Shakti Woman,* Harper, San Francisco, 1992.

15. Para más información, escribir al Proprioceptive Writing Center, P.O. Box 83333, Portland, ME 05102; tel. (207) 772 18 47.

16. Natalie Goldberg, *Writing Down the Bones,* Bantam, Nueva York, 1987 [hay traducción al castellano: *El gozo de escribir,* Liebre de Marzo, Barcelona, 1993]; Natalie Goldberg, *Wild Mind,* Bantam, Nueva York, 1990.

17. La incubación de los sueños está adaptada de la obra de Patricia Reis.

18. Peter Rutter, *Sex in the Forbidden Zone,* Jeremy Tarcher, Los Ángeles, 1989.

19. D. Spiegal, J. Bloom, H. D. Kraemer y otros, «Effects of Psychosocial Treatment on Survival of Patients with Metastatic Breast Cáncer», *Lancet,* vol. 2,1989, pp. 888-891; D. Spiegal, «A Psychosocial Intervention and Survival Time of Patients with Metastatic Breast Cáncer», *Advances,* vol. 7, núm. 3,1991, pp. 10-19.

20. Boston Women's Health Book Collective, *The New Our Bodies, Ourselves,* Simón & Schuster, Nueva York, 1984; Riane Eisler, *The Chalice and the Blade: Our History, Our Future,* Harper, San Francisco, 1988. [Hay traducción al castellano: *El cáliz y la espada: la alternativa femenina,* H. F. Martínez de Murguía, Madrid, 1996].

21. R. McCraty y otros, «The Effects of Emotions on Short-Term Power Spectrum Analysis of Heart Rate Variability», *American Journal of Cardiology,* vol. 76, núm. 14,15 de noviembre de 1995, pp. 1089-1093; Doc Lew Childre, *Women Lead with Their Hearts: A White Paper;* puede solicitarse al Institute of Heart Math, P.O. Box 1463,14700 West Park Ave., Boulder Creek, CA 95006; tel. (408) 338 87 00.

22. Stephen Levine, *Guided Meditations, Explorations and Healings* (Doubleday, Nueva York, 1991), p. 324. [Hay traducción al castellano: *Meditaciones, exploraciones y otras sanaciones,* Libros del Comienzo, Madrid, 1997.]

23. David Ehrenfeld, *The Arrogance of Humanism,* citado en Richard Sandor, «The Attending Physician», *Sun,* vol. 4, septiembre de 1991, p. 4.

24. Citado en Jerry Hicks y Esther Hicks, *A New Beginning,* primera y segunda partes (véase nota 2).

Capítulo 16: Aprovechar al máximo la asistencia médica

1. Norman Cousins, *Anatomy of an Illness as Perceived by the Patient,* (Bantam, Nueva York, 1979), pp. 49-50. [Hay traducción al castellano: *Anatomía de una enfermedad o la voluntad de vivir,* Kairós, Barcelona, 1982.]

2. H. Benson y otros, «The Placebo Effect: A Neglected Asset in the Care of Patients», *Journal of the American Medical Association,* vol. 232, núm. 12, 23 de junio de 1975; A. B. Cárter, «The Placebo: Its Use and Abuse», *Lancet,* 17 de octubre de 1973, p. 823; B. Blackwell y otros, «Demonstration to Medical Students of Placebo Responses and Non-Drug Factors», *Lancet,* vol. 2, junio de 1972, p. 1279; S. Wolf, «The Pharmacology of Placebo», *Pharmacological Review,* vol. 2,1959, p. 698; H. K. Beecher, «The Powerful Placebo», *Journal of the American Medical Association,* vol. 159,1955, pp. 1602-1606.

3. Estos pasos son una adaptación de un suplemento a la hoja informativa *Health Wisdom for Women* de C. Northrup.

4. Peggy Huddleston, *Prepare for Surgery, Heal Faster,* Angel River Press, Cambridge (Massachusetts), 1996.

5. El sentido de la palabra *heroica* en este contexto está tomado de la filosofía de Susun Weed, una sabia herbolaria que relaciona la tradición heroica con la medicina alopática.

6. *Gentle Visions: A Pre-operative Relaxation Program,* 1991, 1992. Para más información o para encargar estas cintas, escribir a Healing Images, P.O. Box 2972, Framingham Center Station, Framingham, MA 01701.

7. Toda esta sección es una adaptación de un artículo publicado en el número de abril de 1996 de la hoja informativa *Health Wisdom for Women* de C. Northrup. Una extensa bibliografía de los estudios que han servido de base a estos pasos puede encontrarse en la obra de Huddleston *Prepare for Surgery* (véase nota 4).

8. Un día de verano, cuando iba subiendo por Mount Katahdin, me clavé una ramita en la pierna, en la espinilla. No sólo me dolió, sino que me hizo una fea herida, que ciertamente dejaría cicatriz. Lamenté esa cicatriz que me iba a quedar mientras mi hermano bromeaba: «¿Y qué importa? No eres una modelo, no tienes ninguna necesidad de tener las piernas tan perfectas».

Capítulo 17. Nutrirnos con alimentos

1. David Garner, «Special Report: Body Image Survey Results», *Psychology Today,* febrero de 1997, pp. 30-44.

2. Cuando estaba en la Facultad, uno de los cirujanos con que estudié practicaba anastomosis intestinal a mujeres y hombres que eran patológicamente obesos. Aunque estas personas adelgazaban rápidamente, después de la operación muchas eran incapaces de adaptarse a su nuevo volumen y continuaban sintiéndose obesas y pensando como tales.

3. M. Mackensie, «A Cultural Study of Weight: America vs. Western Samoa», *Radiance,* vol. 3, núm. 3, verano/otoño de 1986, pp. 23-25; citado en K. Johnson y T. Ferguson, *Trusting Ourselves: The*

Sourcehook of Psychology for Women (Atlantic Monthly Press, Nueva York, 1990), p. 371.

4. Johnson y Ferguson, *Trusting Ourselves...,* obra cit. (v. nota 3).

5. V. J. Felitti, «Long-Term Medical Consequences of Incest, Rape, and Molestaron», *Southern Medicine Journal,* vol. 84, 1991, pp. 328-331; I. Cleary-Merker, «Childhood Sexual Abuse as an Antecedent to Obesity», *Bariatrician,* primavera de

6. pp. 17-22; y D. A. Drossman, J. Leserman, G. Nachman y otros, «Sexual and Physical Abuse in Women with Functional or Organic Gastrointestinal Disorders», *Annals oflntemal Medicine,* vol. 113,1990, pp. 828-833.

7. Estudios citados en Philip Lipetz, *The Good Caloñe Diet,* Harper-Collins, Nueva York, 1994, p. 72. Este libro contiene una información más útil y científicamente documentada sobre las diferencias entre los hidratos de carbono que cualquier otro libro que yo conozca.

8. Raphael Melmed y otros, «The Influence of Emotional State on the Mobilization of Marginal Pool Leukocytes and Insulin-Induced Hypoglycemia: A Possible Role for Eicosanoids as Major Mediators of Psychosomatic Processes», *Annals of the New York Academy of Sciences,* vol. 296, 1987, pp. 467-476.

9. Michael Eades y Mary Dan Eades, *Protein Power,* Bantam, Nueva York, 1996;

10. Barry Sears, *Enter the Zone,* HarperCollins, Nueva York, 1995. [Hay traducción al castellano: *Dieta para estar en la Zona,* Urano, Barcelona, 1997]; Richard Heller y Rachel Heller, *Healthy for Life,* Dutton, Nueva York, 1995. [Hay traducción al castellano: *Salud para toda la vida,* Urano, Barcelona, 1997].

11. Susie Orbach, *Fat Is a Feminist Issue,* Berkley Books, Nueva York, 1987. Mary Catherine Bateson, *Composing a Life,* (Plume, Nueva York, 1989), p. 200. L. Lissner y otros, «Variability of Body Weight and Health Outcomes in the Framingham Population», *New England Journal of Medicine,* vol. 324, 1991, pp. 1839-1844. Parece ser que las continuas oscilaciones de peso son de por sí peligrosas.

12. Bob Schwartz, *Diets Don't Work,* Breakthrough Publishing, Houston (Texas), 1982.

13. El guión de la adolescente ambiciosa que trabaja por el éxito es el marco perfecto para la anorexia. Se calcula que el 50 por ciento de las chicas preuniversitarias son anoréxicas o bulímicas en algún grado. Los profundos problemas representados por los trastornos de la alimentación los explora bellamente Marión Woodman en *Addiction to Perfection: The Still Unravished Bride,* Inner City Press, Toronto (Canadá), 1982. [Hay traducción al castellano: *Adicción a la perfección,* Luciérnaga, Barcelona, 1993].

14. Datos estadísticos tomados de Kerry O'Nell, «*The Famine Within* Probes Women's Pursuit of Thinness», *Christian Science Monitor,* 31 de agosto de 1992; artículo sobre la película *The Famine Within,* de Katherine Gilday.

15. L. K. G. Hsu, «The Treatment of Anorexia Nervosa», *American Journal of Psychiatry,* vol. 143,1986, p. 573.

16. J. E. Mitchell, M. C. Seim, E. Clon y otros, «Medical Complications and Medical Management of Bulimia», *Annals of Intemal Medicine,* vol. 71,1987.

17. «Obesity: The Cáncer Connection», editorial, *Lancet,* vol. 1,1982, p. 1223.

18. J. B. Wyngaarden, L. H. Smith y S. Bennett, *Cecil's Texthook of Medicine,* W.

19. Saunders, Filadelfia, 19ª edición, 1992.

20. R. E. Frisch, «The Right Weight: Body Fat, Menarche, and Ovulation», *Bailliéres Clinical Ohstetrics and Gynecology,* vol. 4, núm. 3, septiembre de 1990, pp. 419-439.

21. Eades y Eades, *Protein Power,* obra cit. (véase nota 8).

22. Véase la extensa bibliografía médica en National Academy of Sciences, *Diet, Nutrition, and Cáncer* (National Academy Press, Washington, D.C., 1982), pp. 73-105. B. MacMahan y otros, «Uriñe Estrogen Profiles in Asian and North American Women», *International Journal of Cáncer,* vol. 14, 1974, pp. 161-167; L. E. Dickinson y otros, «Estrogen Profiles of Oriental and Caucasian Women in Hawaii», *New England Journal of Medicine,* vol. 291,1974, pp. 1211-1213; D. A. Snowden, carta al director, *Journal of the American Medical Association,* vol. 3, núm. 254, 1985, pp. 356-357; D. W. Cramer y otros, «Dietary Animal Fat and Relationship to Ovarian Cáncer Risk», *Ohstetrics and Gynecology,* vol. 63, núm. 6,1984, pp. 833-838; T. McKenna, «Pathogenesis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome», *New England Journal of Medicine,* vol. 318, 1988, p. 558; y D. Polson, «Polycystic OvariesA Common Finding in Normal Women», *Lancet,* vol. 1, 1988, p. 870.

23. P. Hill, «Diet, Lifestyle and Menstrual Activity», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 33,1980, p. 1192.

24. A. Sánchez, «A Hypothesis on the Etiologic Role of Diet on the Age of Menarche», *Medical Hypotheses,* vol. 7,1981, p. 1339; y S. Schwartz, «Dietary Influences on the Growth and Sexual Matura-

tion in Premenstrual Rhesus Monkeys», *Hormones and Behavior,* vol. 22,1988, p. 231.

25. Albert L. Lehninger y otros, *Principies of Biocbemistry,* Worth, Nueva York, 2ª ed., 1993; *Harrison's Principies of Intemal Medicine,* vol. 1, McGraw Hill, Nueva York, 13ª ed., 1993.

26. R. P. Abernathy y D. R. Black, «Healthy Body Weights: An Alternative Perspective», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 63, supl. 3, mayo de 1996, pp. 448S-451S; M. Modan y otros, «Hyperinsulinemia: A Link Between Hypertension, Obesity, and Glucose Intolerance», *Journal of Clinical Investigation,* vol. 75,1985, pp. 809-817.

27. M. Nelson y otros, «Effects of High-Intensity Strength Training on Múltiple Risk Factors for Osteoporitic Fractures: A Randomized Controlled Trial», *Journal of the American Medical Association,* vol. 272, núm. 24,28 de diciembre de 1994, pp. 1909-1914.

28. Eades y Eades, *Protein Power,* obra cit. (véase nota 8).

29. Comunicación personal con el doctor Michael Eades, quien revisó la bibliografía existente sobre este tema y la compartió conmigo.

30. «Lean Beef Shown to Be as Healthy as Chicken and Fish», *Food Chemistry News,* vol. 32, núm. 39,1990, p. 6, citado en Jeffrey Bland, carta al director, *New England Journal of Medicine,* vol. 326, núm. 3, 1992, p. 200.

31. M. G. Enig y otros, «Dietary Fat and Cáncer Trends: A Critique», *Federal Proceedings,* vol. 37,1978, pp. 25-30.

32. G. Abraham, «Primary Dysmenorrhea», *Clinical Obstetrics and Gynecology,* vol. 21, núm. 1,1978, pp. 139-145.

33. J. F. Balch, *Prescription for Nutritional Healing,* Avery Publications, Nueva York, 1990.

34. U. N. Das y otros, «Benzo(a)pyrene and Gamma Radiation Induced Genetic Damage in Mice May Be Prevented in Mice by GLA but Not Arachidonic Acid», *Nutrition Research,* vol. 5,1985, pp. 101-105.

35. D. Horrobin y otros, «Omega-6 Fatty Acids May Reverse Carcinogenesis by Restoring Natural PGE-1 Metabolism», *Medical Hypotheses,* vol. 6, 1980, pp. 469- 486; y J. J. Jarkowski y W. T. Cave, «Dietary Fish Oil May Inhibit Development of Breast Cáncer», *Journal of the National Cáncer Institute,* vol. 74, 1985, pp. 1145- 1150.

36. R. L. Swank y otros, «Effect of Low Saturated Fat Diet in Early and Late Cases of Múltiple Sclerosis», *Lancet,* vol. 336, 1990, pp. 1145-1150.

37. P. L. McLennon, «Reversal of Arrythmogenic Effects of Long-Term Saturated Fatty Acid Intake by Dietary N3 and N6 Polyunsaturated Fatty Acids», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 51,1990, pp. 53-58; D. Kim y otros, «Dietary Fish Oil Added to Hyperlipidemic Diet for Swine Results in Reduction in Excessive Number of Monocytes Attached to Arterial Epithelium», *Atherosclerosis,* vol. 81, pp. 209-216; y C. J. Diskin y otros, «Fish Oil to Prevent Intimal Hyperplasia and Thrombosis», *Nephron,* vol. 55,1990, pp. 445-447.

38. Edward Kane, *Fats: The Inside Story;* puede pedirse a Carbon-Based Corporation, 153 Country Club Drive, Suite 5, Incline Village, NV 89451; tel. (702) 832 84 85.

39. Todo esto está muy bien documentado en Eades y Eades, *Protein Power* (véase nota 8).

40. R. A. Anderson y A. S. Koslovsky, «Chromium Intake, Absorption, and Excretion of Subjects Consuming Self-Selected Diets», *American Journal of Clinical Nutrition,* vol. 41,1985, pp. 1177-1183.

41. W. Mestz y otros, «Present Knowledge of the Role of Chromium», *Federal Proceedings,* vol. 33,1974, pp. 2275-2280.

42. Para las vitaminas B, el magnesio y el cinc, véase Liz Gunner, «Alcoholism and Eating Disorders», *Nutrition and Dietary Consultant,* mayo de 1987, p. 14; se puede pedir a 1641 Sunset Road, B-117, Las Vegas, NV 89119; la información sobre el cromo proviene de una comunicación personal de Phyllis Havens.

43. S. Villance, «Relationship Between Ascorbic Acid and Serum Proteins of the Immune System», *British Medical Journal,* vol. 2,1977, pp. 437-438.

44. M. Alexander y otros, «Oral B Carotene Can Increase the Number of OK T4 + Cells in Human Blood», *Immunology Letters,* vol. 9,1985, pp. 221-224; W. C. Willet y G. MacMahon, «Diet and Cáncer: An Overview», *New England Journal of Medicine,* vol. 310, núm. 11, 1984, pp. 697-703; W. C. Willet y otros, «Prediagnostic Serum Selenium and the Risk of Cáncer», *Lancet,* vol. 2, 1983, pp. 130-133; R. A. Winchurch y otros, «Supplementary Zinc Restores Antibody Formation of Aged Spleen Cells», *European Journal of Immunology,* vol. 17,1987, pp. 127-132.

45. Cox y otros, «Red Blood Cell Magnesium and Chronic Fatigue Syndrome», *Lancet,* vol.

337,1991, pp. 757-760.

46. Para mayor información sobre el papel del magnesio, véase Ouchi y otros, «Effect of Dietary Magnesium on the Development of Atherosclerosis in Cholesterol-Fed Rabbits», *Arteriosclerosis,* vol. 10, 1990, pp. 732-737; respecto al ajo y la cebolla, véase S. Belman, «Onion and Garlic Oil Inhibit Tumor Growth», *Carcinogenesis,* vol. 4, núm. 8,1983, pp. 1063-1065.

47. I. Casoni y otros, «Changes in Magnesium Concentration in Endurance Athletes», *International Journal of Sports Medicine,* vol. 11,1990, pp. 234-237.

48. MRC Vitamin Study Research Group, «Prevention of Neural Tube Defects: Results of Medical Research Council Vitamin Study», *Lancet,* pp. 338,1991, pp. 131- 137.

49. V. Sahakian y otros, «Vitamin B_6 Is Effective Therapy for Nausea and Vomiting in Pregnancy: A Randomized, Double-Blind Placebo Controlled Study», *Journal of Ohstetrics and Gynecology,* vol. 78,1991, pp. 33-36.

50. Es interesante observar que la leche materna humana contiene 300 mg de calcio por litro, mientras que la leche de vaca contiene 1200 mg por litro. Sin embargo, el bebé alimentado con leche materna asimila más calcio que el alimentado con leche de vaca. «Más» no es necesariamente «mejor». Fuente: William Manahan, *Eat for Health* (H. J. Kramer, Tiburón [California], 1988), p. 164.

51. Frank Oski, *Don't Drink Your Milk,* Mollica Press, Brushton (Nueva York), 1983; se puede encargar a Teach Services, Route 1, Box 182, Brushton, NY 12916; tel. (800) 36718 44.

52. Daniel Cramer y otros, «Galactose Consumption and Metabolism in Relation to the Risk of Ovarian Cáncer», *Lancet,* 8 de julio de 1989.

53. Los informes de Campbell se citan en «More on the Dietary Fat and Breast Cáncer Link», *NABCO News,* vol. 4, núm. 3, julio de 1990, pp. 1-2; puede solicitarse a la National Alliance of Breast Cáncer Organizations (NABCO), 2nd floor, 1180 Avenue of the Americas, New York, NY 10036; tel. (212) 719 01 54.

54. William Manahan, *Eat for Health,* obra citada (véase nota 50). Los dentistas observan que el primer lugar donde aparece la Osteoporosis es en la mandíbula inferior, y que está relacionada con la enfermedad periodontal, principal causa de la pérdida de dientes en los adultos.

55. T. Colin Campbell, «Nutrition, Environment and Health Project; Chinese Academy of Preventive Medicine-Cornell-Oxford», reseñado en Nathaniel Mead, «The Champion Diet», *East West,* septiembre de 1990, p. 46.

56. El metabolismo de los huesos también requiere vitamina C, vitamina D y un buen número de oligoelementos, entre ellos el zinc, la sílice, el cobre, el boro y el magnesio. Todas estas substancias, en colaboración sinérgica, forman el hueso.

57. L. Cohén y R. Kitzes, «Infrared Spectroscopy and Magnesium Content of Bone Mineral in Osteoporotic Women», *Israel Journal of Medical Science,* vol. 17, pp. 1123-1125; L. Cohén y otros, «Magnesium Malabsorption in Postmenopausal Osteoporosis», *Magnesium,* vol. 2, 1983, pp. 139-143; L. Cohén y otros, «Bone Magnesium, Crystallinity Index and State of Body Magnesium on Subjects with Senile Osteoporosis, Maturity Onset Diabetes and Women Treated with Contraceptive Preparations», *Magnesium,* vol. 2, 1983, pp. 70-75.

58. M. Grossman, J. Kirsner e I. Gillespie, «Basal and Histalog-Stimulated Gastric Secretion in Control Subjects and Patients with Peptic Ulcer or Gastric Cáncer», *Gastroenterology,* vol. 45,1963, pp. 15-26.

59. R. Recker, «Calcium Absorption and Achlorhydria», *New England Journal of Medicine,* vol. 313,1985, pp. 70-73; M. J. Nicar y C. Y. C. Pak, «Calcium Bioavailability from Calcium Carbonate and Calcium Citrate», *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* vol. 61,1985, pp. 391-393.

60. Jeffrey Bland, comunicación personal.

61. D. Michaelson y otros, «Bone Mineral Density in Women with Depression», *New England Journal of Medicine,* vol. 335,1996, pp. 1176-1181.

62. Jeffrey Bland, «The Calcium Pushers», *East/West,* enero de 1987; Jeffrey Bland, *The Bone Loss Seminar,* serie de cintas de casete sobre cómo prevenir la Osteoporosis; se pueden encargar a HealthComm, Inc., 5800 Soundview Drive, Gig Harbor, WA 98335. Bland continúa escribiendo y dando conferencias sobre este y otros temas referentes a la nutrición.

63. Las fuentes para este cuadro han sido: Departamento de Agricultura de Estados Unidos, *Composition of Foods,* manuales núms. 8 y 456, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1963; J. A. Duke y A. A. Atchley, *Handbook of Proximate Analysis-Tables of Higher Plants,* CRC Press, Boca Ratón, 1986; Leonard Jacobs, artículo en *East/West Journal,* mayo de 1985; John Lee, «Osteoporosis Re-

versal: The Role of Progesterone», *International Clinical Nutrition Review,* vol. 10, pp. 384-391; Judith Cooper Madlener, *The Sea Vegetable Book,* Clarkson N. Potter, Nueva York, 1977; Nutrition Search, Inc., director John Kirschmann, *Nutrition Almanac,* MacGraw-Hill, ed. revisada, 1979; Departamento de Agricultura de Estados Unidos, *Nutritive Valué of Foods,* manual núm. 72, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1971; Mark Pedersen, *Nutritional Herbology,* Pedersen, Bountiful (Utah), 1987; y Maine Coast Sea Vegetables, Co., Shore Road, Franklin, ME 04634.

64. Estas recetas están tomadas de Susun Weed, *Menopausal Years: The Wise Woman's Way: Altemative Approaches for Women 30-90,* Ash Tree Publishing, Woodstock (Nueva York), 1992. La misma autora ofrece una gran variedad de fuentes en *Healing Wise: A Wise Woman's Herbal,* Ash Tree Publishing, Woodstock (Nueva York), 1992.

65. Los suplementos de triptófano se utilizaron durante muchos años como una forma natural de incrementar el nivel de serotonina, pero fueron retirados del mercado en 1989 cuando se descubrió que algunas personas, anteriormente sanas y que tomaban triptófano, habían contraído una enfermedad conocida como «síndrome de eosinofilia miálgica», consistente en debilidad muscular, dolor y sarpullidos. Hasta la fecha, los Centros de Control de la Enfermedad tienen constancia de más de 1.500 casos, incluidas a 38 personas que han fallecido. Aunque se cree, de forma bastante generalizada, que estos casos fueron causados por un lote contaminado de triptófano, las investigaciones aún en curso indican que este síndrome puede deberse a múltiples factores, entre ellos el mismo triptófano «puro» (véase el artículo «Special Nutritionals: L-Tryptophan Related Eosinophilia-Myalgia Syndrome», publicado en *The Clinical Impact of Adverse Event Reporting,* Staff College, Center for Drug Evaluation and Research, FDA, octubre de 1996, p. 6). La FDA [Dirección de Alimentos y Fármacos] no ha permitido que el triptófano vuelva a comercializarse debido a la inquietud suscitada y que continúa. Derivados del triptófano como el 5HTP pueden dispensarse mediante recetas médicas y, de forma cada vez más amplia, en tiendas de alimentación natural. Otra manera de aumentar los niveles de serotonina consiste en tomar una infusión de corazoncillo o hipérico *(Hypericum perforatum),* 300 mg dos o tres veces al día. Los resultados se pueden apreciar al cabo de dos o tres semanas. Esta hierba la han utilizado sin problemas millones de europeos durante cientos de años, y he comprobado personalmente su eficacia en algunas personas.

66. M. DeVos, «Articular Disease and the Gut: Evidence for a Strong Relationship Between Spondylarthropathy and Inflammation of the Gut in Man», *Acta Clínica Bélgica,* vol. 45, núm. 10,1990, pp. 20-24; y P. Jackson y otros, «Intestinal Permeability in Patients with Eczema and Food Allergy», *Lancet,* vol. 1,1981, p. 1285.

67. D. N. Golding, «Is There Allergic Synovitis*Journal of the Royal Society of Medicine,* vol. 83, 1990, pp. 312-314; R. S. Panush, «Food Induced (Allergic) Arthritis: Clinical and Serological Studies», *Journal of Rheumatology,* vol. 17, núm. 3,1990, pp. 291-294; C. G. Graul, «Food Allergies and the Migraine», *Lancet,* 5 de mayo de pp. 966-969; R. A. Finn y otros, «Serum IgG Antibodies to Gliadin and Other Dietary Antigens in the Adult with Atopic Dermatitis», *Clinical Experimental Dermatology,* vol. 10, núm. 3,1985, pp. 222-228; I. Waxman, «Case Records of the MGH: A 59-Year-Old Woman with Abdominal Pain and an Abnormal CT Sean», *New England Journal of Medicine,* vol. 329, núm. 5,1993, pp. 343-349. Para más información una lista de médicos de cabecera que traten este problema, escribir a Martin Lee, Great Smokies Laboratory, 18A Regent Park Blvd., Asheville, NC 28816.

68. Una serie de tres partes sobre problemas intestinales comunes y su tratamiento holista puede encontrarse en los números de abril, mayo y junio de 1997 de la hoja informativa *Health Wisdom for Women* de C. Northrup.

69. Se sabe que cambia el nivel de IgE en las enfermedades relacionadas con disbiosis intestinal y alergias alimentarias. La IgE es una inmunoglobulina que participa en la reacción corporal a elementos externos como el polen, el pelo de animales, la hierba, el trigo, etc., que normalmente no son dañinos para el cuerpo. Sin embargo, el nivel de IgE es elevado en las personas que sufren de estrés permanente, ya sea de tipo emocional o físico, y eso crea la posibilidad de una hiperreacción inmunitaria, lo que produce una reacción a substancias normalmente presentes en el ambiente. Algunas personas tienen bajo el nivel de IgE, lo cual se traduce en una inmunosupresión, y por lo tanto una mayor vulnerabilidad y propensión a resfriados, etc.

70. El laboratorio que usamos en Women to Women para este efecto es Immuno Laboratories, Fort Lauderdale, Florida; tel. (800) 231 91 97.

71. T. Shirakawa y otros, «Lifestyle Effect on Total IgE: Lifestyles Have a Cumulative Impact on Controlling Total IgE Levels», *Allergy,* vol. 46,1991, pp. 561-569; I. Waxman, «Case Records» (véase nota

67).

72. Datos tomados de *Brain/Mind Bulletin,* diciembre de 1988.

73. Thomas Petros, artículo en *Pbysiology and Behavior,* vol. 41,1991, pp. 25-30.

74. Datos estadísticos tomados de ASH-Action on Smoking and Health, 2013 H Street, N. W., Washington, DC, 20006; tel.: (203) 659 43 10.

75. F. Clavel-Chapelon y otros, «Smoking Cessation Rates Four Years After Treatment by Nicotine Gum and Acupuncture», *Preventive Medicine,* vol. 26, núm. 1, pp. 25-28.

76. B. Haglund y otros, «Cigarette Smoking as a Risk Factor for Sudden Infant Death Syndrome», *American Journal of Public Health,* vol. 80, 1990, pp. 29-32.

77. R. A. Riemersma y otros, «Risk of Angina Pectoris and Plasma Concentration of Vitamins A, C, E, and Carotene», *Lancet,* vol. 337,1991, pp. 1-5.

78. S. E. Moner, «Acupuncture and Addiction Treatment», *Journal of Addictive Disease,* vol. 15, núm. 3,1996, pp. 79-100.

79. H. A. Jackson y otros, «Aluminum from a Coffee Pot», *Lancet,* vol. 1,1989, pp. 781-782; K. L. Bolla y otros, «Neurocognitive Effects of Aluminum», *Archives of Neurology,* vol. 49, 1992, pp. 1021-1026; D. P. Perl y otros, «Intraneuronal Aluminum Accumulation in Amyotrophic Lateral Sclerosis and Parkinsonism Dementia of Guam», *Science,* vol. 217,1982, pp. 1053-1055.

80. M. F. Muldoon, «Lowering Cholesterol Concentration and Mortality: A Quantitative Review of Primary Prevention Triáis», *British Medical Journal,* vol. pp. 309-314.

81. Saúl Miller, *Food for Thought: A New Look at Food and Behavior,* PrenticeHall, Nueva York, 1979.

82. Alexander Schauss, *Diet, Crime, and Delinquency,* Parker House, Berkeley (California), 1980.

83. R. M. Nerem, M. J. Levesque y J. T. Cornill, «Social Environment as a Factor in Diet-Induced Atherosclerosis», *Science,* vol. 208, núm. 4451,1980, pp. 1474-1476.

84. Melvyn Morse, *Transformed by the Light,* Villard, Nueva York, 1992.

Capítulo 18: El poder del movimiento

1. Brian Swimme, *The Universe Is a Green Dragón* (Bear and Company, 1983), p. 106.

2. Muchos de los estudios siguientes se encuentran en R. A. Anderson, *Wellness Medicine,* American Health Press, Lynnwood (Washington), 1987.

3. *Body Bulletin,* Rodale Press, Emmaus (Pensilvania), enero de 1984.

4. I. Thune y otros, «Physical Activity and the Risk of Breast Cáncer», *New England Journal of Medicine,* vol. 336, 1997, pp. 1269-1275.

5. Belloc y Breslow, «Relationship of Physical Fitness and Health Status», *Preventive Medicine,* vol. 1, núm. 3,1972, pp. 109-121.

6. R. J. Young, «Effect of Regular Exercise on Cognitive Functioning and Personality», *British Journal of Sports Medicine,* vol. 13, núm. 3,1979, pp. 110-117; B. Gutin, «Effect of Incrcase in Physical Fitness on Mental Ability Following Physical and Mental Stress», *Research Quarterly,* vol. 37, núm. 2,1966, pp. 211-220.

7. M. S. Bahrke, «Exercise, Meditation, and Anxiety Reduction», *American Corrective Therapy Journal,* vol. 33, núm. 2, 1979, pp. 41-44; J. W. Collingswood y L. Willet, «The Effects of Physical Training Upon Self-Concept and Body Attitude», *Journal of Clinical Psychology,* vol. 27, núm. 3,1971, pp. 411-412.

8. R. Prince y otros, «Prevention of Postmenopausal Osteoporosis: A Comparative Study of Exercise, Calcium Supplementation, and Hormone Replacement Therapy» *New England Journal of Medicine,* vol. 325, núm. 17, 1991, pp. 1189-1204; J. E Aloia y otros, «Prevention of Involutional Bone Mass by Exercise», *Annals of Infernal Medicine,* vol. 89, núm. 3,1978, pp. 351-358; Consensus Development Conference on Osteoporosis, National Institutes of Health, Washington, DC, 1989.

9. S. J. Griffin y J. Trinder, «Physical Fitness, Exercise, and Human Sleep», *Psychophysiology*, vol. 15, núm. 5, 1978, pp. 447-450.

10. J. Morgan y otros, «Psychological Effects of Chronic Physic Activity», *Medical Science Sports,* vol. 2, núm. 4,1970, pp. 213-217.

11. S. P. Helmrich y otros, «Physical Activity and Reduced Occurrence of NonInsulin-Dependent Diabetes Mellitus», *New England Journal of Medicine,* vol. 325, núm. 3,18 de julio de 1991.

12. J. Prior, «Conditioning Exercise Decrease Premenstrual Symptoms: A Prospective, Controlled

6-Month Trial», *Fertility and Sterility,* vol. 47, núm. 402,1987.

13. B. P. Worth y otros, «Running Through Pregnancy», *Runner's World,* noviembre de 1978, pp. 54-59.

14. A mis familia todavía le gusta hacer carreras al aire libre. Eso les va bien. Mi marido a veces se les une en sus azarosas excursiones, y yo me quedo descolgada...

15. He descubierto que el ejercicio aeróbico con pesas The Firm® es muy eficaz si se tiene tiempo para hacerlo. Cada sesión de ejercicios dura de 45 a 60 minutos, y los resultados se notan en el cuerpo después de sólo 5 sesiones más o menos, haciendo un promedio de tres sesiones a la semana. Para encargar un vídeo resumen de 5 minutos, llama al 1-800-THE FIRM. Mis favoritos son los volúmenes 4, 5 y 6. Te recomiendo que empieces con el volumen 6. Los vídeos Usana Lean también son excelentes.

16. H. H. Jones y otros, «Humeral Hypertrophy in Response to Exercise», *Journal of Bone and Joint Surgery,* vol. 59, núm. a2,1977, pp. 204-208; N. K. Dalen y E. Olsson, «Bone Mineral Content and Physical Activity», *Acta Orthopaedica Scandinavia,* vol. 45, núm. 2, 1974, pp. 170-174.

17. M. Nelson y otros, «Effects of High-Intensity Strength Training on Múltiple Risk Factors for Osteoporitic Fractures: A Randomized Controlled Trial», *Journal of the American Medical Association,* vol. 272, núm. 24,1994, pp. 1909-1914. El programa Nelson que se ha utilizado ha sido adaptado para uso doméstico, y puede encontrarse en su libro *Strong Women Stay Young,* Bantam, Nueva York, 1997.

18. Jin Putai, «Changes in Heart Rate, Noradrenaline, Cortisol, and Mood During Tai Chi», *Journal of Psychosomatic Research,* vol. 33, núm. 2,1989, pp. 197-206.

19. S. L. Wolf, H. X. Barnhart y N. G. Kutner, «Reducing Frailty and Falls in Older Persons: An Investigation of T'ai Chi and Computerized Balance Training», *Journal of the American Geriatric Society,* vol. 44,1996, pp. 489-497.

20. Soy una gran aficionada al simulacro de asalto, el entrenamiento que sirve a las mujeres para desarrollar estrategias que las ayuden a sobrevivir a un ataque.

21. Ann Ray Martin y Valerie Gladstone, «The Quickest Fixes», *Longevity,* mayo de 1991, pp. 48 y 49.

22. R. Markus y otros, «Menstrual Function and Bone Mass in Elite Women Distance Runners: Endocrine and Metabolic Features», *Annals of Intemal Medicine*, vol. 102,1985, pp. 158-163.

23. N. A. Rigotti y otros, «Osteoporosis in Women with Anorexia Nervosa», *New England Journal of Medicine,* vol. 311,1989, pp. 1601-1605.

24. Nancy Lañe, «Exercise and Bone Status», *Complementary Medicine,* mayo/junio de 1986.

25. L. L. Schweiger y otros, «Caloric Intake, Stress, and Menstrual Function in Athletes», *Fertility and Sterility*, vol. 49, 1988, pp. 447-450.

26. B. L. Drinkwater y otros, «Bone Mineral Density After Resumption of Menses in Amenorrheic Athletes», *Journal of the American Medical Association,* vol. 256, pp. 380-382; J. S. Lindbergh y otros, «Increased Vertebral Bone Mineral in Response to Reduced Exercise in Amenorrheic Runners», *Western Journal of Medicine,* vol. 146,1987, pp. 39-47.

Capítulo 19: Sanarnos, sanar a nuestro mundo

1. C. W. Birky, «Relaxed Cellular Controls and Organelle Heredity», *Science,* vol. 222,1983, pp. 466-475; M. C. Corballis y M. J. Morgan, «On the Biological Basis of Human Laterality», *Journal of Behavioral Science,* vol. 2, 1978, pp. 261-336; Norman Geschwind y Albert Galaburda, «Cerebral Lateralization, Biological Mechanisms, and Pathology», *Archives ofNeurology,* vol. 42, núm. 6,1985, pp. 521-552.

2. *The Buming Tree* es una película documental que describe la quema de nueve millones de mujeres, acusadas de brujería, y de sus simpatizantes durante la Edad Media. Se puede pedir más información sobre la película escribiendo a: Donna Reed, Direct Cinema, P.O. Box 10003, Santa Mónica, CA 90410; tels.: (310) 396 47 74 y (800) 525 40 00. Para más información sobre este tema, véase Starhawk, *The Spiral Dance: A Rebirth of the Ancient Goddess,* Harper, San Francisco, 1979.

3. Rupert Sheldrake, *The Presence of the Past: Morphic Resonance and the Habits of Nature,* Collins, Londres, 1988, y *A New Science of Life,* Houghton Mifflin, Boston, 1981. [Hay traducción al castellano de estos dos libros: *Presencia del pasado: resonancia mórfica y hábitos de la naturaleza* y *Nueva ciencia de la vida,* Kairós, Barcelona, 1990.] La teoría que postula Sheldrake se refiere a «unidades mórficas», que se pueden considerar formas de energía. «Si bien estos aspectos de forma y energía se pueden separar conceptualmente, siempre están relacionados entre sí. Así como ninguna unidad mórfica puede tener energía

sin forma, tampoco ninguna forma material puede existir sin energía.» La forma característica de una unidad mórfica dada está determinada por la forma de organismos similares anteriores que actúan sobre ella a través del tiempo y del espacio, en un proceso de «resonancia mórfica» a través de «campos morfogenéticos». Esta influencia va a depender de las estructuras tridimensionales y patrones de vibración del organismo.

Por ejemplo, en un laboratorio de Londres se entrena a miles de ratas para realizar una tarea nueva. Si se sostiene la teoría de Sheldrake, pasado un tiempo y en un laboratorio de otra parte, ratas similares deberían ser capaces de aprender y realizar esa misma tarea más rápidamente. Esto se debe a que las primeras ratas han cambiado el «campo morfogenético» que rodea el aprendizaje de las ratas. Este efecto ha de producirse en ausencia de toda conexión física conocida o comunicación entre los dos laboratorios.

Pruebas de que este efecto realmente se produce han sido registradas por Ager y otros, «Fourth (Final) Rcport on a Test of McDougall's Lamarckian Experiment in the Training of *Rus», Journal of Experimental Biology,* vol. 3,1954, pp. 304-321.

4. Portada de *Ms.,* cncro-fcbrcro de 1992.

5. Anne Wilson Schaef, *Meditations for 'Women Who Do Too Much,* calendario, Harper, San Francisco, 1990, día 15 de mayo de 1992. [Hay traducción al castellano: *Meditaciones para mujeres que hacen demasiado,* Edaf, Madrid, 1993.]

6. Audre Lorde, *Burst of Light,* (Firebrand Books, Ithaca [Nueva York], 1988), p. 131. Según su libro, Lorde tuvo metástasis de cáncer de mama en el hígado, diagnosticada en 1984. En 1992 fue la poetisa laureada del estado de Nueva York. Normalmente un tumor que ha extendido metástasis hasta el hígado da seis meses de vida. Lorde vivió nueve años más después de ese diagnóstico.

7. Annie Rafter, enfermera titulada, es una de las fundadoras de Women to Women. Hace poco vino a vernos desde su actual casa en Santa Fe. Nos juntamos ella, Marcelle Pick y yo, y nos hicimos unas a otras exámenes y pruebas citológicas Papanicolau. La doctora Betany Hays, que es una de las médicas más nuevas del centro, llamó a esto «Pap-a-rama».

8. Había una cierta verdad en este pensamiento. Se sabe que los alumnos de medicina comienzan a experimentar los síntomas de los pacientes que ven cuando están aprendiendo las diferentes enfermedades. Mis límites personales no estaban muy bien fijados en el pasado, y me han influido demasiadas de las cosas que ocurren en la consulta. Dado que todo el día estoy en el campo energético relacionado con miofibromas y muy compenetrada con mis pacientes, no cabe duda de que mi campo energético ha sido influido por los de ellas, y todavía tengo que responsabilizarme de este trastorno, aprender de él y crecer.

Sobre la autora

Chirstiane Northrup nos ofrece la información necesaria para que conozcaamos nuestro cuerpo y la forma de mantcneruos sanas. Recomiendo este libro extraordinario.

Louise L. Hay

La sabiduría femenina es la inteligencia que se halla en el centro de la creación. Es holista, intuitiva v contextúal, y funciona como un campo de correlación infinita. El libro de la Dra. Northrup es una expresión de esa sabiduría.

Dr. Deepak ChopraDr.

Sin la salud emocional, no hav salud física. Bajo estas premisas, la doctora Northrup nos habla en esta guía de la anatomía femenina y de las funciones naturales del cuerpo; de los problemas de salud más comunes, de cómo prevenirlos y de cómo sanar y mantenerse sana; de los criterios a tener en cuenta para elegir el tratamiento adecuado: desde la cirugía a la acupuntura.

Christiane Northrup aporta una visión revolucionaria de la salud como un todo del que no se pueden separar los sentimientos, las convicciones íntimas y las relaciones humanas. Esta es una obra de referencia indispensable para todas las mujeres dispuestas a hacerse cargo de su propio bienestar.

Dra. Christiane Northrup

Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer

El bienestar de la mujer no puede disociarse de su vida cotidiana y del papel que desempeña en la sociedad. La doctora Northrup nos demuestra en esta obra que cuando la mujer cambia las condiciones básicas de vida que la han conducido a problemas de salud, sana más deprisa, de forma más completa y con muchas menos intervenciones médicas.

Este libro ofrece una información completa y detallada de todo lo referente a la salud de la mujer, y combina los últimos avances en medicina con terapias alternativas que implican tanto el cuerpo como la mente. Desde una perspectiva holista que tiene en cuenta las emociones, el desarrollo personal y la vida espiritual, pone al descubierto el patriarcalismo de la profesión médica y muestra la cara oscura de algunas creencias muy extendidas.

La sinceridad de los testimonios recogidos y las valientes reflexiones de la autora acerca de las necesidades y los conflictos íntimos de las mujeres llevarán a muchas lectoras a ver sus experiencias bajo una nueva luz. Descubrirán que la ambivalencia de sentimientos hacia los hijos es natural, que el instinto maternal es un impulso creativo que no se agota en la descendencia, y que si quieren sanar y permanecer sanas deberán llevar a cabo cambios radicales en su vida y en su forma de pensar.

La doctora Christiane Northrup ejerce desde hace veinte años como ginecóloga y obstetra, y es cofundadora de una clínica para mujeres en Yarmouth (Maine) hoy convertida en un centro modelo para las clínicas dedicadas a la mujer. Firme defensora de una medicina holista que tenga en cuenta la relación cuerpo-mente, ha impartido clases en centros universitarios sobre las implicaciones de las emociones en la salud.